

**Н. Л. АНТОНОВА
И. Е. ЛЕВЧЕНКО
М. В. КЛЕЙМЕНОВ**

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПЕРВОГО ПРЕЗИДЕНТА РОССИИ Б. Н. ЕЛЬЦИНА

Н. Л. Антонова
И. Е. Левченко
М. В. Клейменов

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ
МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Екатеринбург
Издательство Уральского университета
2016

УДК 368:615
ББК У272
А 724

Авторы:

Н. Л. Антонова — предисловие, главы 1, 2, 3, заключение;
М. В. Клейменов — глава 3; И. Е. Левченко — главы 4, 5

Рецензенты:

С. Е. Вершинин, доктор философских наук,
профессор кафедры социологии и социальной работы Российского
государственного профессионально-педагогического университета;
А. В. Старшинова, доктор социологических наук, профессор,
заведующий кафедрой социальной работы Института социальных
и политических наук Уральского федерального университета

Антонова, Н. Л.

А 724 Институциональные аспекты функционирования системы
медицинского обслуживания : [монография] / Н. Л. Антонова,
И. Е. Левченко, М. В. Клейменов. — Екатеринбург : Изд-во Урал.
ун-та, 2016. — 108 с.

ISBN 978-5-7996-1866-7

В коллективной монографии рассматриваются институциональные аспекты функционирования российской системы медицинского обслуживания. Особое внимание уделено институту обязательного медицинского страхования, выступающему базисом современного здравоохранения, проблемам медицинской помощи селянам, вопросам реализации медицинских услуг в социальном обслуживании населения, комплементарным и альтернативным практикам в медицинском обслуживании.

Книга адресована ученым, преподавателям, аспирантам, студентам, специалистам системы управления здравоохранением, а также всем интересующимся данной проблематикой.

УДК 368:615
ББК У272

ISBN 978-5-7996-1866-7

© Антонова Н. Л., Левченко И. Е.,
Клейменов М. В., 2016
© Уральский федеральный университет, 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	4
ПРЕДИСЛОВИЕ	5
Глава 1. Медицинское обслуживание: понятие, виды, качество	8
Глава 2. Обязательное медицинское страхование в системе медицинского обслуживания населения	25
Глава 3. Медицинское обслуживание на селе: проблемы и противоречия	43
Глава 4. Социально-медицинские услуги в системе социального обслуживания населения	55
Глава 5. Комплементарные и альтернативные практики в системе медицинского обслуживания	70
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	96
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	98
<i>Приложение 1.</i> Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (действующая редакция) (Извлечение).....	104
<i>Приложение 2.</i> Российская профессиональная медицинская ассоциация специалистов традиционной и народной медицины (Российская Ассоциация Народной Медицины) ...	106

СПИСОК ОСНОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КАМ – комплементарная и альтернативная медицина

МЭС – медико-экономические стандарты

ОМС – обязательное медицинское страхование

ПРЕДИСЛОВИЕ

Современная российская система медицинского обслуживания претерпевает значительные изменения, связанные с ее реструктуризацией. Прошло уже 25 лет с того момента, когда система медицинского обслуживания населения включилась в новые экономические отношения, связанные с переходом к рыночной экономике.

Переход был болезненным и противоречивым. Это связано не только с тем фактом, что в социально значимую сферу пришла платная медицина, но и с трансформацией отлаженной, отработанной системы медицинского обслуживания в советском здравоохранении («модель Семашко»). Конституционное право на бесплатную медицинскую помощь в СССР имело как социальный, так и политический характер, отражающий прогрессивность советской социалистической идеологии, основанной на принципах и идеях гуманизма и человеколюбия.

Вместе с тем в советском здравоохранении чрезмерная политизация создавала и целый спектр проблем в системе медицинского обслуживания населения.

На протяжении всей эпохи становления и укрепления социализма в СССР формировался ведомственный подход в здравоохранении, согласно которому доступ к качественной, эффективной медицине имела лишь небольшая часть населения — политическая и экономическая элита, чиновники и т. п. «Гонка» за количеством (численность медицинского персонала, койко-мест и пр.) логично привела к снижению качества медицинского обслуживания для значительной части граждан, что, в свою очередь, предопределило ухудшение состояния здоровья населения, привело к снижению качества жизни.

Увеличение численности койко-мест и их «заполнение» как индикаторы успешности развития советской системы здравоохранения материально поощрялись со стороны государства. Для получения «бонусов» медперсонал стационаров пытался максимально удерживать больных, заполняя места в больницах.

Районные поликлиники и стационары, расположенные в сельской местности, не имели ни новейшего медицинского оборудования, ни лекарственных препаратов для лечения. Значимой проблемой было и поддержание элементарных санитарно-гигиенических условий в лечебных учреждениях: текущий ремонт помещений, канализация, водоснабжение, электричество становились насущными вопросами в деятельности медицинского персонала наряду с решением профессиональных задач диагностики и лечения пациентов.

Финансирование советской системы здравоохранения осуществлялось по остаточному принципу, что привело к дефициту финансовых ресурсов. В 1990 г. доля финансирования здравоохранения составила лишь 3,4 % от валового внутреннего продукта страны, что в 4 раза ниже, чем в США, в два 2 раза меньше, чем в Великобритании. Обеспеченность врачами в России превышает аналогичные показатели других западных государств, однако среднемесячная зарплата медицинского работника была в 47 раз ниже, чем в США, что стало одной из причин получения врачами платы за медицинскую помощь со стороны пациентов. Такая система «вознаграждения» отнюдь не стимулировала врачей к качественному медицинскому обслуживанию и развитию медицинской сферы в целом.

Расходы на медицинские услуги в России также невысоки: в США расходы на медицинскую помощь превышают аналогичный показатель в России в 12,5 раза. Доля финансовых отчислений государства в сферу здравоохранения, на наш взгляд, убедительно демонстрирует отношение государства к населению, его здоровью как важному стратегическому ресурсу: незначительные расходы приводят к ухудшению здоровья, снижению мощи самого государства.

Эти и другие проблемы свидетельствовали, что система медицинского обслуживания находилась в кризисном состоянии, поскольку перестала удовлетворять потребностям населения в получении медицинской помощи, а дефицит финансовых средств стал барьером ее развития.

Сопротивление внедрению новой модели медицинского обслуживания в России оказали прежде всего медицинские работники. Причинами такого негативного отношения стали: во-первых, создание специализированных вневедомственных форм контроля за объемом и качеством медицинского обслуживания; во-вторых, повышение уровня ответственности за принятие решений управленческого аппарата системы здравоохранения; в-третьих, внедрение принципа конкуренции как одного из основных в условиях рынка.

В современные исследования системы медицинского обслуживания включен широкий спектр актуальных проблем и вопросов. Это и взаимодействие врачей и пациентов, имеющих разные заболевания, и качество медицинских услуг, и удовлетворенность ими населения, и менеджмент в системе оказания медицинской помощи. В нашей монографии мы остановились на некоторых институциональных аспектах функционирования медицинского обслуживания, которые определяют его проблемные зоны и задают вектор дальнейшего развития.

Глава 1

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ: ПОНЯТИЕ, ВИДЫ, КАЧЕСТВО

Проблема медицинского обслуживания населения — одна из ключевых в современной системе общественного развития, она выступает основой сохранения здоровья нации.

Понятийный анализ медицинского обслуживания требует обращения к разграничению близких понятий, которые активно используются в современных исследовательских практиках, а именно: медицинская помощь и медицинская услуга. Обращение к понятию медицинской помощи характерно для тех случаев, когда говорят о бюджетной (бесплатной) системе здравоохранения. Речь идет о том, что помощь предполагает альтруизм со стороны субъекта оказания этой помощи, поскольку в данном случае полагается содействие, участие, приносящее облегчение. Поэтому в советской системе здравоохранения чаще всего и говорилось о медицинской помощи.

В современных условиях медицинская помощь трансформируется в систему медицинских услуг, под которыми понимается мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Главной особенностью медицинской услуги, в отличие от другого рода услуг, выступает ее направленность на сохранение и укрепление одной из витальных ценностей человека — жизни и здоровья.

Медицинская услуга обладает непостоянством, и ее качество меняется вместе с источником предоставления (врачом,

медицинским работником), ибо характер оказания той или иной услуги связан с квалификацией, опытом, уровнем профессионализма, личностными качествами конкретного специалиста и пр. Но даже один и тот же специалист может оказывать услуги по-разному.

Медицинская услуга неосвязаема: ее нельзя попробовать, пощупать, увидеть до момента приобретения. Например, придя на консультацию к врачу, пациент не знает заранее, что будет являться результатом посещения.

Еще одной специфической характеристикой медицинской услуги выступает ее несохраняемость, поскольку процесс производства услуги совпадает с процессом ее реализации. Вместе с тем, говоря только о процессе производства и предоставления медицинских услуг, следовало бы иметь в виду ее ограниченный характер, поскольку, если рассматривать медицинское обслуживание как целостную систему и процесс, то в него необходимо включать и ряд других элементов: субъект и объект медицинского обслуживания, а также результат медицинского воздействия.

Следующей характеристикой медицинской услуги выступает ее индивидуальный характер, поскольку она оказывается конкретному человеку, имеющему собственный потенциал здоровья, анамнез и пр., а ее качество зависит в том числе и от состояния пациента. Соответственно индивидуализация производства медицинской услуги весьма высокая, что актуализирует вопрос страхования профессиональной деятельности медицинского персонала и усиливает ответственность за свои действия при предоставлении медицинских услуг.

Медицинские услуги можно рассматривать как результат профессиональной работы медицинских работников. Речь идет о том, что на протяжении жизни индивид получает медицинские услуги от разных специалистов, т. е. медицинское обслуживание по конкретному заболеванию оказывают различные врачи, медицинские сестры. Сложная структура также выступает особенностью медицинских услуг.

Зачастую пациенты не могут дать объективную оценку результативности медицинских услуг и вынуждены полностью довериться медицинскому персоналу, полагаясь на уровень его квалификации и опыт работы. Подобная неопределенность свидетельствует о трудностях оценки результата предоставления медицинских услуг со стороны пациентов. Для получения такой оценки можно привлекать экспертов — специалистов страховых организаций. Таким образом, трудности оценки результативности тоже можно считать характеристикой медицинской услуги.

Медицинские услуги — это социальные блага, поскольку конечным потребителем выступает индивид, сами услуги направлены на улучшение состояния его здоровья. Социальная ориентация медицинских услуг является еще одной характеристикой и свидетельствует о том, что они становятся механизмом укрепления здоровья нации, поскольку государство в условиях рынка реализует свои социальные функции и перераспределяет общественные блага.

И последней характеристикой медицинской услуги является ее «условная отрицательность». Индивид получает медицинские услуги, как правило, в условиях нездоровья (заболевания), в то время как большая часть иных услуг являются позитивными/положительными и касаются реализации гедонистических потребностей.

Определив основные характеристики медицинских услуг, обратимся к сущности и содержанию медицинского обслуживания. Рынок медицинских услуг предстает как совокупность реальных и потенциальных производителей (медицинские учреждения) и потребителей (пациенты) медицинских услуг, а медицинское обслуживание становится совокупностью медицинских услуг, поскольку понятие обслуживания предполагает предоставление различного рода услуг. Рыночные отношения, включенные в современное здравоохранение, тем не менее регулируются государством.

В этой связи в современной научной литературе ставится вопрос о квазирыночных отношениях в общественном секторе в условиях неолиберальной политики государства. Функциони-

рование различных систем и институтов в условиях квазирынков неплохо изучено экономистами¹.

Квазирыночные отношения, с одной стороны, отвечают законам рынка, и здесь присутствуют такие экономические атрибуты, как частная собственность, конкуренция, свободное ценообразование и др., с другой, не соответствуют в чистом виде типичным рыночным отношениям, поскольку особая роль в них принадлежит государству. Квазирынок — это, скорее, продукт государственного проектирования и моделирования: спрос на услуги и их организацию обеспечивает бюджетное финансирование, а бюджетные организации становятся ведущими игроками-агентами на рынке.

Понятие квазирыночных отношений предполагает государственное регулирование сферы медицинского обслуживания с введением рыночных элементов. Это связано с особой социальной значимостью системы медицинской помощи населению.

Суть регулируемой конкуренции² заключается в возможности конкурентных отношений между медицинскими учреждениями, предоставляющими медицинские услуги при регулировании цен на медицинские услуги со стороны государства. «Благосостояние для всех» и «благосостояние через конкуренцию» — эти тезисы связаны неразрывно. Одно является целью, другое — путем, ведущим к этой цели³.

Регулируемая конкуренция в системе медицинского обслуживания реализуется и в ряде европейских стран: Германии, Нидерландах, Швейцарии и др. Так, в Нидерландах конкуренция, регулируемая государством через коллективные тарифные соглашения

¹ См.: Андрущак Г. В. Квазирынки в экономике общественного сектора // *Вопр. образования*. 2004. № 4; Шейман И. М. О так называемой конкурентной модели обязательного медицинского страхования // Socpolitika.ru информ.-аналит. портал [Электронный ресурс]. URL: http://www.socpolitika.ru/rus/social_policy_research/discussion/document245.shtml (дата обращения: 11.05.2016); и др.

² Экономисты выделяют две основные модели здравоохранения в условиях квазирыночных отношений: модель регулируемой конкуренции (Нидерланды) и модель внутреннего рынка (Великобритания).

³ См.: Эрхард Л. Благосостояние для всех. М., 2001. С. 15.

(регулируемые цены на медуслуги), охватывает больничные кассы и медицинские учреждения⁴.

Медицинское обслуживание в целом можно представить как процесс производства и предоставления медицинских услуг, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение. В него включены производители-субъекты (медицинские учреждения) и потребители-объекты медицинских услуг (пациенты). Поскольку медицинское обслуживание представляет собой процесс, то следует говорить и о его результате (положительном/отрицательном), объективную оценку которому могут дать специалисты, в частности, эксперты страховых медицинских организаций.

При обращении за медицинской помощью индивиды и группы получают статус пациентов. Это объект медицинского воздействия и манипуляций. В современной практике и научных публикациях встречаются иные статусы, определяющие объект медицинского обслуживания. Статус больного подчеркивается персоналом медицинских учреждений, потребитель медицинских услуг рассматривается с позиций субъекта экономических отношений, в негосударственных медицинских учреждениях обратившиеся, как правило, приобретают статус клиентов, а статус застрахованного подчеркивается в системе страховых отношений. Что касается пациента, то этот статус можно охарактеризовать следующим образом. Пациент (от лат. *patiens* — терпящий, страдающий) — это индивид, обратившийся за медицинской помощью и/или получающий медицинскую помощь, и/или находящийся под медицинским наблюдением по поводу нарушения здоровья и жизнедеятельности, а также получающий медицинские услуги независимо от наличия у него заболевания.

Считаем важной постановку вопроса о видах медицинского обслуживания, позволяющего его структурировать и выделить особенности каждого из видов. В научной литературе выделяются виды медицинской помощи, однако полагаем целесообразным,

⁴ Шейман М. М. Конкурентная модель обязательного медицинского страхования: опыт Нидерландов и его значение для России // Экономика здравоохранения. 2006. № 3–4. С. 7–15.

исходя из вышеизложенного, говорить не о медицинской помощи, а о медицинском обслуживании. Традиционно принято говорить о таких его видах, как амбулаторное, стационарное и экстренное медицинское обслуживание. Остановимся кратко на специфике каждого из них.

Амбулаторное медицинское обслуживание оказывается в участковых больницах (амбулаториях), поликлинических учреждениях и их филиалах. Поликлиника — это специализированное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь проходящим больным, а также больным на дому, осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению заболеваний и их осложнений. Городская поликлиника строит свою работу по участково-территориальному принципу. На каждом участке врачи и медсестры оказывают медицинскую помощь прикрепленному населению участка. В поликлинических учреждениях также ведут прием и узкие специалисты, которые осуществляют прием пациентов, проживающих на определенной территории.

Особенностью амбулаторного медицинского обслуживания выступает однодневное получение медицинских услуг в условиях поликлиники, а основное лечение осуществляется под контролем медицинского работника дома. Речь идет о том, что в случае заболевания пациент, как правило, обращается к специалисту (врачу-терапевту, врачу-педиатру, узкому специалисту), который после осмотра назначает лечение.

Вместе с тем врач может отказать в медицинском обслуживании, например, в том случае, когда место проживания пациента значительно удалено от медицинского учреждения, что затрудняет оказание медицинских услуг пациенту⁵.

Амбулаторное медицинское обслуживание может быть осуществлено не только в поликлинических учреждениях, но и в специализированных медицинских центрах, т. е. можно говорить

⁵ Такая ситуация характерна для поселений, значительно удаленных от районного центра с развитой инфраструктурой медицинского обслуживания.

о специализированном медицинском обслуживании (кардио-центры, центры офтальмологии и пр.).

Амбулаторное медицинское обслуживание, в свою очередь, можно разделить на первичное и повторное. В первом случае целью предоставления медицинского обслуживания выступают профилактика, диагностика и лечение, а также координация деятельности медицинских работников, осуществляющих комплект назначений, предписанных врачом. Повторное медицинское обслуживание связано, как правило, с контролем над ходом лечения, анализом состояния пациента и планируемым результатом.

Основной целью стационарного медицинского обслуживания выступает сохранение здоровья пациентов, нуждающихся в повторяющихся рутинных ежедневных медицинских услугах, связанных с характером заболевания и предоставляемых в стационарах (палаты лечебного учреждения). Такой вид обслуживания осуществляется в том случае, когда амбулаторное лечение не приводит или не может привести к положительному результату, либо требуется госпитализация пациента.

Стационарное медицинское обслуживание может быть представлено в следующих подвидах: неотложное стандартное, неотложное интенсивное, последующее стационарное и длительное стационарное. Неотложное стационарное стандартное медицинское обслуживание связано, как правило, с внезапным заболеванием или обострением хронического заболевания, угрожающим здоровью. К неотложному стационарному интенсивному медицинскому обслуживанию обращаются в тех случаях, когда возникает реальная угроза для реализации жизненно важных функций человеческого организма. Когда состояние здоровья пациента требует завершения лечения (это касается прежде всего реабилитационно-восстановительного лечения), то можно говорить о последующем стационарном медицинском обслуживании. В отличие от него длительное стационарное медицинское обслуживание предоставляется тем пациентам, состояние здоровья которых требует постоянного систематического медицинского ухода, например, имеют место нарушения основных жизненно важных функций организма.

Экстренное медицинское обслуживание оказывается специализированными службами скорой помощи, основная задача которых — своевременное прибытие к пациенту, предоставление медицинских услуг, ориентированных на сохранение жизни, а также транспортировка пациента в медицинские учреждения соответствующего профиля, отвечающее необходимым требованиям.

Помимо определенных выше видов медицинского обслуживания следует указать также на доврачебное медицинское обслуживание, оказываемое в фельдшерско-акушерских пунктах, субъектами оказания медицинских услуг становятся фельдшеры. Основной целью диспансерного медицинского обслуживания является длительное наблюдение за состоянием здоровья пациента, имеющего хронические заболевания. Курортное медицинское обслуживание ориентировано на получение особого вида медицинских услуг, характерных для той или иной территории, на которой расположен санаторий (курорт). Использование превентивных методов и средств заболевания предполагает профилактическое медицинское обслуживание.

Одним из главных вопросов, который сегодня стоит в современной российской системе медицинского обслуживания, является вопрос качества (прил. 1). Всемирная организация здравоохранения определяет суть качественного медицинского обслуживания следующим образом: «Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами, как его возраст, заболевание, сопутствующий диагноз, реакция на выбранное лечение и др.»⁶ Важным в данном определении выступает не только содержание процесса, но и ориентация на результат. Отсюда качество медицинского обслуживания можно трактовать как соответствие медицинских

⁶ Цит. по: Юрьев В. К., Куценко Г. И. Общественное здоровье и здравоохранение. СПб., 2000. С. 514–515.

услуг и их результат потребностям и ожиданиям общества, государства, различных социальных групп.

Качество медицинской помощи выступает одним из составных компонентов, подсистемой качества жизни в целом, которое представляет собой «уровень развития и степень удовлетворения всего комплекса потребностей людей»⁷. Качество жизни следует рассматривать как комплексную интегральную категорию, раскрывая ее сущность и содержание, с одной стороны, через механизмы реализации потребностей как отдельных индивидов, так и социальных групп и общностей; с другой стороны, через формирование условий и возможностей, способствующих этой реализации.

Что касается качества медицинского обслуживания в целом, то оно выступает в двух ипостасях: подсистемой качества жизни и отдельной системой. В последнем случае мы можем говорить о показателях и индикаторах его оценки.

Оценка качества медицинского обслуживания — вопрос, имеющий актуальность как для науки, так и для практической деятельности. В этой связи следует выделить несколько подходов к оценке качества, которые сегодня существуют в России.

Первый подход мы определяем как медико-социальный, включающий как сугубо медицинские индикаторы, так и социальные. О нем пишет Ю. П. Лисицин⁸, выделяя следующие критерии: удовлетворенность медицинской помощью (субъективный критерий); показатели здоровья человека (населения); показатели процесса оказания медицинской помощи; факторы, влияющие на качество медицинской помощи: общеэкономические и качества состояния медицинского учреждения, зависящие от врача, медицинского персонала, от больного, условий его образа жизни.

Заслуживает особого внимания еще один подход к анализу качества медицинского обслуживания, который используют

⁷ Социальная политика : энциклопед. словарь / под ред. Н. А. Волгина. М., 2005. С. 251.

⁸ Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник. М., 2002. С. 398–399.

региональные бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для Европы. Они предложили следующие критерии оценки качества: эффективность (соотношение между фактическим действием службы и максимальным воздействием, которое эта служба или программа может оказать в идеальных условиях); экономичность (соотношение между фактическим воздействием службы или программы и ее стоимостью); адекватность (соответствие фактического обслуживания его целям и методам); научно-технический уровень (применение имеющихся медицинских знаний и технологий при оказании медицинской помощи).

К этому ряду показателей оценки качества медицинского обслуживания в условиях переходного периода добавляются такие показатели, как своевременность (соотношение между временем получения адекватной помощи от момента возникновения потребности и минимальным временем, которое понадобилось бы службе здравоохранения для оказания такой помощи в идеальных условиях); доступность (соотношение между числом пациентов, своевременно получающих адекватную помощь, и общим числом нуждающихся); достаточность (минимальный набор лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для оказания адекватного объема медицинской помощи и наибольшей ее эффективности); репрезентативность критериев качества (соотношение реально полученных величин принимаемых к анализу показателей с некой идеально точной величиной, наиболее полно отражающей свойства изучаемого объекта).

Предложенные критерии выступают основанием для сравнительной оценки качества медицинского обслуживания в различных национальных системах здравоохранения, причем выделенные показатели могут быть замерены в количественной форме.

В современной российской практике для оценки качества медицинского обслуживания используются медико-экономические стандарты (МЭС). Данный подход можно определить как медико-экономический.

Стандарт качества медицинского обслуживания включает нормативные документы, в которых устанавливаются правила

и требования к медицинским услугам с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики и лечения. Стандарты используются при лицензировании и аккредитации медицинских учреждений, поскольку позволяют определить их возможности при оказании различных медицинских услуг.

Пользователями МЭС являются, во-первых, медицинские учреждения, предоставляющие медицинские услуги и получающие финансирование с учетом требований МЭС и выполнения утвержденных объемов обследования и лечения, а также осуществляющие ведомственный контроль качества медицинского обслуживания как с учетом общепринятых медицинских технологий, так и с учетом требований МЭС. Во-вторых, пользователями выступают страховые медицинские организации, осуществляющие вневедомственный контроль качества медицинского обслуживания, целью которого становится выявление соответствия материально-финансовых затрат объему и качеству медицинских услуг. Сравнительный анализ объемов фактически выполненных медицинских услуг с медико-экономическими стандартами и составляет основу оценки качества и эффективности медицинского обслуживания.

Предложенные выше подходы к оценке качества медицинского обслуживания следует дополнить социологическим подходом, который предполагает оценку качества медицинского обслуживания со стороны потребителя медицинских услуг — пациента. Предлагаемый нами социологический подход имеет антропоцентрическую направленность, раскрывающую качество с позиций индивида (человека), его потребностей и интересов.

Социологическая модель оценки качества медицинского обслуживания предусматривает матрицу показателей, которые в совокупности дают целостную картину медицинского обслуживания с позиций одного из ее субъектов — пациентов и позволяют: во-первых, осуществлять мониторинг качества и выявлять его динамику; во-вторых, сопоставлять информацию и проводить сравнительный анализ качества в разных медицинских учреждениях.

Социологическую оценку качества медицинского обслуживания, таким образом, можно представить через систему таких показателей, как доступность и результативность, а также взаимодействие с медицинским персоналом.

Заложив в основу данную модель, в 2006 г. было проведено эмпирико-социологическое исследование. Используя анкетирование, нами было опрошено 800 человек, из них 400 — пациенты поликлинических учреждений, обслуживающих взрослое население, и 400 родителей, чьи дети получают медицинское обслуживание в детских поликлиниках⁹, включенных в систему обязательного медицинского страхования.

Проблема доступности медицинской помощи — одна из ключевых проблем для российской системы здравоохранения. Речь идет не только о финансовой доступности, например, высокотехнологичных видов медицинских услуг, но и о наличии специалистов, удаленности медицинского учреждения от места проживания и др. «Если в крупных городах наиболее существенным ограничением выступают трудности записи на прием к врачу, то в малых городах и на селе главным ограничивающим фактором является отсутствие требуемых врачей»¹⁰.

Одной из наиболее острых проблем доступа к медицинскому обслуживанию в поликлинических учреждениях крупного города выступают трудности с получением талона на прием врачу, а также очереди при получении процедуры, обследования, консультации. Данные вопросы могут быть решены администрацией лечебных учреждений, в отличие от другой проблемной зоны — укомплектованности кадрами. Для каждого десятого причиной отказа в медицинском обслуживании стало отсутствие необходимого специалиста. Для решения данного вопроса большая часть пациентов не предпринимают никаких действий, третья часть

⁹ Исследование было проведено при финансовой поддержке Независимого института социальной политики (Москва).

¹⁰ Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность / рук. авт. кол. Л. Н. Овчарова. М., 2005. С. 166.

обращается в негосударственные поликлиники и оплачивает консультации специалистов.

Условный индекс доступности медицинского обслуживания составил 3,3, при этом для детских поликлиник он значительно выше, чем для медучреждений, обслуживающих взрослое население (3,88 и 2,72 соответственно). Особого внимания заслуживает тот факт, что пациенты как детских поликлиник, так и поликлиник, обслуживающих взрослое население, имеющее хронические заболевания, в меньшей степени удовлетворены доступностью медицинской помощи.

Вопрос доступности медицинского обслуживания связан, как мы отмечали выше, и с проблемой оказания медицинских услуг, оплата которых производится через систему обязательного медицинского страхования, т. е. пациент не участвует непосредственно в покупке той или иной услуги. Результаты показали, что каждый второй опрошенный имеет информацию об услугах в поликлиническом учреждении, оказываемых бесплатно, причем доля родителей чуть выше, нежели число пациентов — клиентов поликлиник, обслуживающих взрослое население города. Наиболее информированными являются пациенты от 18 лет и старше, имеющие группу инвалидности либо хроническое заболевание. Иная ситуация с ответами родителей пациентов: наименее информированными оказались родители, имеющие детей с хроническими заболеваниями.

Больше половины пациентов оплачивали медицинские услуги. Медицинское обслуживание оплачивается «из кармана» пациента чаще в городских поликлиниках, в которых медицинские услуги получает взрослое население, чем в детских медицинских учреждениях.

Чаще всего пациенты оплачивают лабораторные обследования, прием/консультацию врача, а также ультразвуковые обследования. Вместе с тем объем и порядок предоставления медицинских услуг для каждого лечебного учреждения жестко регламентированы. Речь идет о том, что медицинские работники должны известить пациента о возможностях получения услуг на бесплатной

для него основе. Однако результаты показали, что каждый третий взрослый опрошенный и каждый четвертый родитель не получили полной исчерпывающей достоверной информации о бесплатном медицинском обслуживании.

Самым распространенным способом оплаты, как демонстрируют полученные данные, становится касса медицинского учреждения (54 %). Это наиболее удобный механизм как для самого пациента, так и для поликлиники, в отличие от практики добровольного медицинского страхования, которая пока еще не рекомендовала себя в современных российских условиях. Данное обстоятельство связано с тем фактом, что страховым медицинским организациям сегодня экономически не выгодно заключать единичные договоры, более эффективны договоры с предприятиями и организациями.

Наряду с формальной оплатой медицинского обслуживания широко распространены неформальные платежи, цель которых, по мнению пациентов, — получение медицинских услуг лучшего качества, а также улучшение взаимодействия с медперсоналом. «Наращение платности происходит в хаотичной и неконтролируемой форме, без каких-либо внятных попыток государства смягчить негативные последствия этого процесса для населения»¹¹.

Условный индекс (условное среднее) удовлетворенности пациентов бесплатностью медицинского обслуживания равен 3¹². Однако опрошенные родители, чьи дети получают медицинскую помощь в детских поликлиниках, удовлетворены бесплатностью выше, нежели взрослые пациенты: условный индекс удовлетворенности 3,48 и 2,55 соответственно.

¹¹ Российское здравоохранение: как выйти из кризиса : докл. на VII Междунар. науч. конф. «Модернизация экономики и государство» / А. Г. Вишневский, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский и др. М., 2006. С. 8.

¹² Здесь и далее условный индекс рассчитан следующим образом: позиции «удовлетворены» присваивается 5 баллов, «скорее удовлетворены» — 4, «скорее не удовлетворены» — 2, «не удовлетворены» — 1, «затрудняюсь ответить» — 3, поскольку она рассматривается как средняя; следовательно, если условный индекс ≈ 3 , позиция пациентов скорее нейтральна.

Взаимодействие с медицинским персоналом — вопрос, который обсуждается не одно десятилетие как в отечественной, так и в западной социологической науке. Разработаны модели взаимодействия, которые имеют как теоретико-методологические особенности, так и прикладную направленность. Так, одной из наиболее тиражируемых моделей является концепция американского биоэтика Р. Витча, выделившего инженерный, патерналистский, коллегиальный и контрактный типы взаимодействий¹³. По сути, модели, предлагаемые современными российскими авторами (А. П. Зильбер¹⁴, С. А. Судьин¹⁵ и др.), копируют предложенную концепцию, выделяя частную специфику.

В нашем исследовании мы обратились к вопросу формализации отношений между врачом и пациентом, поскольку результаты исследований западных коллег показывают, что формальный нейтральный характер взаимодействия позитивно влияет на процесс и результат медицинского обслуживания. Дружеские неформальные отношения с врачом отмечает каждый опрошенный, причем доля родителей в 2 раза превышает долю взрослых пациентов. Стремление к неформальным отношениям выступает, скорее, как традиционная практика в российской системе медицинского обслуживания, поскольку позволяет «открыть двери» к высокотехнологичным видам медицинских услуг, коммуникативным актам в нерабочее время и т. п. Вместе с тем 17 % опрошенных отметили конфликты в процессе взаимодействия с медперсоналом, к числу которых отнесли невнимательность со стороны врача, его отказ в приеме, а также неверную постановку диагноза.

Условный индекс взаимодействия пациентов с медперсоналом — 3,66: для взрослых медицинских учреждений — 3,37, для детских поликлиник — 3,95. Пациенты, имеющие инвалидность,

¹³ Введение в биоэтику / под ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. М., 1998. С. 135–143.

¹⁴ Зильбер А. П. Этюды медицинского права и этики. М., 2008. С. 29–31.

¹⁵ Судьин С. А. Модели терапевтических отношений в социологических парадигмах // Вестн. Нижегород. ун-та им. Н. И. Лобачевского. 2006. Вып. 1(5). С. 366–371 (Сер. Социал. науки).

и родители детей с хроническими заболеваниями менее удовлетворены отношениями с медицинским персоналом.

Информационная асимметрия не позволяет пациенту в полной мере оценить результативность медицинского обслуживания, поэтому оценка выстраивается на субъективных ощущениях. Опрошенным было предложено дать общую оценку удовлетворенности результатом, под которым предлагалось понимать улучшение или ухудшение самочувствия, а также исчезновение или воспроизводство симптомов болезни.

Условный индекс удовлетворенности, по результатам исследования, равен 3,54: для детских поликлиник — 3,74, для медицинских учреждений, обслуживающих взрослое население, — 3,35. Вместе с тем на оценку результативности оказывает влияние наличие хронических заболеваний у ребенка. Так, родители, имеющие детей с хроническими заболеваниями, оценивают результативность медицинского обслуживания ниже, чем родители здоровых детей.

Представленная социологическая модель оценки качества медицинского обслуживания зарекомендовала себя как работающая. С ее помощью был определен текущий круг проблемных зон, решение которых стало базисом улучшения ситуации в системе оказания медицинских услуг.

В целом медицинское обслуживание сегодня выступает одним из главных факторов функционирования института здравоохранения. Вопросы, поднимаемые социологическим сообществом¹⁶,

¹⁶ См., напр.: *Астафьев Л. М.* Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи // Социс. 2005. № 6. С. 136–140; *Воробьев А. А., Деларю В. В., Күцепалов А. В.* Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач — пациент // Социология медицины. 2004. № 1. С. 39–45; *Ефименко С. А.* Социальный портрет медицинских работников участковой терапевтической службы // Социология медицины. 2004. № 1. С. 15–18; *Назарова И. Б.* Здоровье и качество жизни жителей России // Социс. 2014. № 9. С. 139–145; *Панова Л. В., Русина Н. Л.* Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // Социс. 2005. № 6. С. 127–136; *Решетников А. В., Астафьев Л. М.* Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи // Социология медицины. 2005. № 1. С. 32–38; *Светличная Т. Г., Цыганова О. А., Борчанинова Е. Л.* Пациенты о качестве стационарного обслуживания // Социс. 2010. № 7. С. 69–75; и др.

позволяют уточнить проблемные зоны и выделить основные траектории эффективного воспроизводства и развития всей системы медицинского обслуживания, повышения качества жизни индивида/группы, а также определить механизмы, направленные на снижение социальной напряженности в области охраны здоровья. Мы полагаем, что дальнейшая модернизация системы медицинского обслуживания, в основе которой лежит потребность человека в здоровье, с одной стороны, и потребность государства и общества в здоровых поколениях, с другой, будет успешной.

Глава 2

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Медицинское обслуживание сегодня представляет собой модель, в которую наряду с традиционными субъектами — пациентами и медицинским персоналом — вписаны также страховые медицинские организации, страхователи, Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Регламентация новой модели была осуществлена в 1991 г. с выходом Федерального закона РФ «О медицинском страховании граждан». В соответствии с ним в России было введено обязательное медицинское страхование (ОМС), в основу которого заложено обеспечение граждан Российской Федерации равными правами при получении медицинских услуг в соответствии с Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Основными принципами, которые стали базисом становления и развития системы ОМС в России, выступают:

- всеобщность, массовость — все граждане России независимо от пола, возраста, уровня доходов, места жительства должны быть застрахованы в ОМС;
- государственный характер — все средства ОМС находятся в собственности у государства;
- страховые отношения (сумма страхового взноса, договора и т. п.) осуществляются, опираясь на законодательную базу;
- социальная справедливость — платежи перечисляются на все население, однако их использование осуществляется

при обращении индивида за медицинской помощью — «здоровый платит за больного»; объем предоставляемой медицинской помощи не зависит от уровня материального положения застрахованного — «богатый платит за бедного»;

- натуральная форма страхования — выплаты при наступлении страхового случая предоставляются не в денежной форме, а в натуральной, в виде оказания медицинской помощи;
- бессрочность — страхование осуществляется на протяжении всей жизни индивида;
- действие независимо от внесения страховых платежей — даже при задержках страховых отчислений страхователем медицинская помощь будет предоставляться бесплатно в силу обязательств со стороны государства.

Сущность ОМС заключается в том, что любой индивид может получить бесплатные медицинские услуги и лекарственную помощь в рамках специально разработанной Программы государственных гарантий. В рамках Программы бесплатно предоставляются:

1. Скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни и здоровью гражданина или окружающих его лиц;

2. Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому;

3. Стационарная помощь:

- при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах;
- при патологии беременности, родах, абортах;
- при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации.

При оказании скорой медицинской и стационарной помощи осуществляется бесплатная лекарственная помощь.

Институт ОМС имеет организационную структуру: на федеральном уровне — Федеральный фонд ОМС, на региональном

уровне — территориальные фонды ОМС и их филиалы, а также страховые медицинские организации. Деятельность их строго регламентирована нормативно-правовой базой. Регламентация также затрагивает и систему взаимодействий основных субъектов, в числе которых застрахованные, страховщики, страхователи и исполнители медицинских услуг. Указанные субъекты ОМС с позиций социологии выступают и социальными общностями. Застрахованных, страхователей и страховщиков следует отнести к специфическим общностям, которые сформировались в ходе эволюции института страхования. Исполнители медицинских услуг, иначе врачи и медицинские сестры, — это социальная общность иного порядка, которую следует отнести к профессиональным общностям, становление которых имеет собственный генезис, не связанный с эволюцией института ОМС.

В ходе эволюции института ОМС оформляются и распределяются социальные роли общностей. Так, страхователи должны перечислить страховой взнос на ОМС, страховщики — застраховывать граждан и оплатить медицинскую помощь при наступлении страхового случая, застрахованные обязаны получить страховой медицинский полис, на основании которого медицинские учреждения предоставляют медицинское обслуживание. Появляется собственная система норм и санкций, которая присуща только институту ОМС. Нормы актуализируются и приобретают новое звучание для современного общественного устройства.

Государство гарантирует минимальный набор медицинских услуг, но это не означает, что здравоохранение отказывается оказывать медицинскую помощь, выходящую за рамки Программы государственных гарантий. Дополнительное медицинское обслуживание регламентируется деятельностью еще одного института здравоохранения — института добровольного медицинского страхования, и социальные роли основных общностей, включенных в деятельность этого института, уже иные.

Система санкций включает ответственность страхователя за своевременное отчисление страховых взносов, ответственность страховых медицинских организаций — страховщиков — за конт-

роль и распределение ресурсов, и, пожалуй, самое главное — это ответственность медицинских работников, включающая уголовную и административную ответственность. В настоящее время функционирование ОМС регулируется нормами Гражданского, Налогового и Бюджетного кодексов РФ, а также специализированными законами и подзаконными актами в сфере охраны здоровья, медицинской помощи, страховой деятельности.

Институт ОМС основывается прежде всего на социальном регулировании системы взаимодействий, которая опирается на установленные образцы и нормы поведения. В институте ОМС механизмы регуляции приобретают более жесткий и обязывающий характер, что обеспечивает регулярность, большую четкость, высокую предсказуемость, надежность функционирования и самовозобновляемость социальных связей.

Функциональное поле института ОМС — это, по сути, содержательно-целевое назначение института в обществе. И здесь следует особо подчеркнуть важный момент: ОМС реализует потребности на двух уровнях — на уровне общества и на уровне личности. Общественная ценность ОМС заключается в предоставлении медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий независимо от социально-демографических, статусно-ролевых характеристик индивида, на личностном уровне в ОМС личность реализует потребность в получении качественной бесплатной медицинской помощи в случае заболевания.

Институт ОМС реализует функции института страхования в целом, к числу которых исследователи относят рисковую, предупредительную и сберегательную функции. Рисковая функция выражается в возмещении риска: «В рамках действия этой функции происходит перераспределение денежной формы стоимости между участниками страхования в связи с последствиями случайных страховых событий»¹⁷. Предупредительная функция связана со снижением вероятного ущерба при страховом событии.

¹⁷ Балобанов И. Т., Балобанов А. И. Страхование. СПб., 2002. С. 49.

Сберегательная функция реализуется через создание «системы запасных и резервных фондов»¹⁸.

Авторский коллектив монографии «Медицинское страхование» А. А. Миронов, А. М. Таранов, А. А. Чейда данные функции страхования «накладывают» и на ОМС, пытаясь раскрыть его специфику. Они выделяют следующие функции ОМС: рисковая, защитная, определяющая компенсацию ущерба (в медицинском страховании — оплату лечения заболевания); предупредительная функция — финансирование за счет части средств страхового фонда мероприятий по снижению страхового риска; сберегательная функция — накопленные деньги могут быть отданы в кредит и использоваться для извлечения прибыли¹⁹.

Однако наиболее важным нам видится определение собственного специфического функционала ОМС как самостоятельного института общества.

Считаем целесообразным выделить две основные группы функций: экономические и социальные. Институт ОМС представляет собой экономическую систему, в которой ведущая роль принадлежит финансам: институт ОМС финансирует оказание медицинской помощи застрахованных в рамках Программы государственных гарантий.

Страхователь отчисляет страховые взносы, которые аккумулируются и перераспределяются Федеральным фондом ОМС и территориальными фондами ОМС; страховые медицинские организации, получая финансовые средства, направляют их в медицинские учреждения, которые, в свою очередь, за счет этих средств обязаны осуществлять медицинское обслуживание застрахованных.

Социальные функции института ОМС реализуются:

- через социальную защиту;
- регулирование социального неравенства в обществе;
- снижение социальной напряженности;
- социальный контроль.

¹⁸ Гинзбург А. И. Страхование. СПб., 2004. С. 15.

¹⁹ Миронов А. А., Таранов А. М., Чейда А. А. Медицинское страхование. М., 1994. С. 8.

Функция социальной защиты — это, пожалуй, базовая функция института ОМС. В период перехода российского общества к рыночным отношениям актуализировались проблемы социальной защищенности населения, система здравоохранения оказалась в кризисном состоянии, поскольку финансовых отчислений государства даже на ее простое воспроизводство просто не хватало. Медицинская помощь могла стать исключительно платной — за счет личных сбережений и средств населения. Включение ОМС в систему здравоохранения позволило защитить наиболее уязвимые социальные слои, повысив доступность медицинских услуг. Институт ОМС защищает застрахованных, предоставляя им гарантированную бесплатную медицинскую помощь.

Усиливающееся социальное расслоение российского общества в эпоху развития рыночных отношений трансформирует социальные связи и структуры, что приводит к снижению стабильности системы в целом. В функциональном поле ОМС функция снижения социальной напряженности «отвечает» за сохранение доступной системы медицинского обслуживания населения. Стремясь «выжить» в новых условиях рынка, индивид пытается использовать все имеющиеся у него ресурсы, включая и такой, как здоровье, которое на сегодняшний день все больше приобретает инструментальный характер²⁰. Подлинная ценность здоровья осознается индивидом, как правило, в сравнении с противоположным здоровьем состоянием — болезнью. В таком состоянии индивид обращается за медицинской помощью, которую ему обязательно окажут, причем независимо от дохода, статуса, пола, возраста и т. п. И в этом заключается еще одна функция ОМС — регулирование социального неравенства в обществе. И функция снижения социальной напряженности, и функция регулирования социального неравенства — это функции, направленные на стабилизацию всей системы общественных отношений, они выступают в качестве условий развития социального государства.

²⁰ См.: Журавлева И. В. Здоровье подростков : социол. анализ. М., 2002; Шилова Л. С. Трансформация самосохранительного поведения // Социс. 1999. № 5; и др.

Функция социального контроля направлена прежде всего на сохранение и воспроизводство системы взаимодействий субъектов, включенных в институт ОМС, опирающийся на регламентированные нормы и принципы, права и обязанности каждого субъекта. Социальный контроль присущ любому социальному институту, однако здесь его роль усиливается, поскольку медицинская помощь касается одной из смысложизненных, витальных ценностей — ценности здоровья человека. Сбой во взаимодействии субъектов может привести к непоправимым последствиям, и ценность человеческой жизни может оказаться под угрозой.

Современное функционирование и развитие института обязательного медицинского страхования трудно назвать «беспроблемным»: институт ОМС не удовлетворяет в полной мере потребностям населения в получении доступной качественной медицинской помощи, а нормативно-правовая база требует пересмотра и переосмысления. Институт сегодня находится в кризисном состоянии, и его «болезни» требуют уже оперативного вмешательства.

Невысокая эффективность взаимодействия субъектов ОМС приводит к тому, что застрахованные и страхователи практически не представляют, в какой институт они включены, плохо осведомлены о его работоспособности и функционально-целевой области. Информационное просвещение и застрахованных, и страхователей остается на низком уровне, что затрудняет взаимодействие и вызывает целый спектр нарушений в сфере реализации прав.

Средства на обязательное медицинское страхование, как отмечает Ю. П. Лисицын, «поступают не полностью и с большими задержками. ...Следует учесть, что потребность в медицинской помощи неработающего населения выше, чем работающего, в 1,5–2 раза, а сбор средств ОМС на работающее население в 2–3 раза ниже расчетных величин, соответствующих стоимости медицинского обслуживания с учетом инфляции. Средства,

которыми располагала система ОМС на отдельных территориях, были резко отличными...»²¹.

Трудности с поступлением финансовых средств на ОМС приводят к тому, что бесплатная доступная медицинская помощь становится отнюдь не бесплатной и не всегда доступной. Несбалансированность государственных гарантий и их финансового обеспечения — одна из центральных проблем в сфере медицинского обслуживания населения. Декларируемое Конституцией РФ право граждан на бесплатную медицинскую помощь, увы, остается лишь декларацией. «Без четких оснований для разграничения финансовой ответственности государства и населения за оплату медицинской помощи, включенной в программу государственных гарантий, у государственных органов будет неизбежно возникать стремление переместить бремя финансирования гарантий с государства на самих пациентов. А это приведет к усилению дифференциации доступности медицинской помощи для людей с разным уровнем дохода и, в конечном счете, окажет неблагоприятное воздействие на состояние всего общества»²².

Функциональные нарушения института ОМС связаны и с кризисным состоянием других институтов, в частности института профессии. Так, деятельность врача, работающего в системе муниципального медицинского обслуживания (т. е. в медицинских учреждениях, включенных в ОМС), оплачивается недостаточно высоко, еще хуже обстоят дела у младшего медицинского персонала. В 2014 г. средняя заработная плата работников здравоохранения была 27 068 руб. (отметим, что средняя заработная плата врача в муниципальных медицинских учреждениях в 2015 г. была 24 405 руб.²³), что составило 83 % от среднего уровня заработной платы в экономике²⁴.

²¹ Лисицын Ю. П. Указ. соч. С. 458.

²² Заборовская А., Шишкин С. Трансформация гарантий получения образования и медицинской помощи в странах с переходной экономикой // Общество и экономика. 2005. № 1. С. 191.

²³ Здравоохранение в России : стат. сб. М., 2015. С. 109.

²⁴ Российский статистический ежегодник. 2015 : стат. сб. М., 2015. С. 146.

На сегодняшний день ситуация в оплате медицинского персонала изменилась незначительно, в целом доля (%) от среднего уровня заработной платы в экономике сохраняется. Отсюда в системе медицинского обслуживания развивается практика неформальных платежей. Медицинское учреждение также испытывает финансовый дефицит и готово за одну и ту же медицинскую услугу получить средства как из системы обязательного медицинского страхования, так и из «кармана» пациента, как правило, через кассу. Медицинская услуга, таким образом, может быть оплачена даже не дважды, а трижды.

Хуже всего в такой ситуации приходится наименее обеспеченным слоям населения, когда фактически бесплатную медицинскую услугу они зачастую обязаны оплатить. Л. В. Панова и Н. Л. Русинова пишут: «Можно считать доказательным тот факт, что в современной России распределение расходов на медицинские услуги по социально-экономическим группам населения носит регрессивный характер — менее обеспеченные слои тратят большую часть своего семейного бюджета на медицинскую помощь, нежели высокодоходные группы. Люди с низким уровнем доходов гораздо чаще, по сравнению с другими слоями общества, вынуждены отказываться от различных видов медицинских услуг в связи с нехваткой средств»²⁵.

Опираясь на исследования, Т. М. Максимова заключает, что основной массе больных абсолютно недоступны такие медицинские услуги, как консультации специалистов, платные операции, обследования; около 40 % населения, оплачивая услуги, ограничивают себя и членов семьи в питании, покупке необходимых вещей²⁶. Эта проблема усугубляется и снижением уровня профилактической деятельности лечебных учреждений. Эта деятельность, будучи высокзатратной, сегодня становится совершенно «невыгодной» с позиций рынка.

²⁵ Панова Л. В., Русинова Н. Л. Указ. соч. С. 128.

²⁶ См.: Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М., 2002. С. 109.

ОМС должно было ввести работающие механизмы страхования, чтобы обеспечить конкуренцию как среди медицинских учреждений, так и среди страховых медицинских организаций. К сожалению, подлинное страхование в медицине отсутствует.

Эффективность реализации как общих, так и специфических функций института ОМС невозможна без его взаимодействия с другими институтами общества.

Возрождение в 1991 г. института ОМС (в эпоху строительства коммунизма институт ОМС был упразднен) сопровождалось усилением роли государства в оформлении нормативных правил и стандартов. Институт ОМС можно охарактеризовать как институт, «навязанный» государством, предпринявшим попытку создать рынок медицинских и страховых услуг в сфере оказания медицинской помощи. Роль государства, по мнению С. В. Шишкина, заключается, во-первых, в ограничении возможностей производителей медицинских услуг извлекать выгоды из информационной асимметрии и своего монопольного положения и действовать в ущерб интересам пациента; во-вторых, в распределении ресурсов в сфере здравоохранения с учетом внешних эффектов потребления медицинских услуг; в-третьих, в обеспечении доступности медицинских и страховых услуг всем группам населения²⁷.

Регламентация системы взаимодействий субъектов ОМС «вывела» институт на принципиально новое поле, в котором правовым институтам отводится одна из доминирующих ролей. Каждый субъект, включенный в институт ОМС, имеет свои права и обязанности, закрепленные в российском законодательстве. Так, при нарушении прав в сфере медицинского обслуживания застрахованный может обратиться как в администрацию медицинского учреждения и страховую медицинскую организацию, так и в судебные органы.

Тесные социальные связи институт ОМС имеет с институтами медицины, в частности, с институтом здравоохранения как системно-организационной формой общественной жизни,

²⁷ См.: *Шишкин С. В.* Экономика социальной сферы. М., 2003. С. 49.

направленной на сохранение и улучшение здоровья населения. В данном случае ОМС выступает неким финансово-инструментальным механизмом, который обеспечивает сохранение и улучшение здоровья населения через получение застрахованными бесплатной медицинской помощи. И ОМС, и здравоохранение по сути выдвигают одни и те же целевые установки. Сегодня практически все отечественные авторы утверждают, что с развитием рыночных отношений в России здравоохранение представляет собой бюджетно-страховую модель. Утверждение представляется верным, однако оно ограничивает, сужает понимание сущности ОМС, сведя его к источнику финансирования здравоохранения. «Необходимость в обязательном медицинском страховании возникает тогда, когда государство признает, что защита здоровья граждан является существенным фактором развития общества, однако не имеет в своем бюджете необходимых средств для полноценного обеспечения такой защиты»²⁸.

Функционирование института ОМС «строится» на ряде принципов, часть из которых, несомненно, можно отнести и к здравоохранению (массовость, государственный характер), а часть свойственна только ОМС. Следует особо выделить и новые организационные структуры, которые направляют деятельность института ОМС, — это страховые медицинские организации. В рамках института появляется новая для здравоохранения социальная общность страховщиков, финансируется не медицинское учреждение, а медицинская помощь индивиду, вводится принцип конкуренции как между страховыми медицинскими организациями, так и между медицинскими учреждениями.

ОМС активно взаимодействует с экономическими институтами: производством, потреблением, обменом, перераспределением, его зачастую рассматривают как финансовый механизм, который позволяет консолидировать финансовые средства с последующим их перераспределением. Огромная финансовая машина призвана обеспечить реализацию Программы государственных

²⁸ Герасименко Н. Ф. и др. Обязательное медицинское страхование: что нужно знать медицинскому работнику. М., 2003. С. 6.

гарантий и оказать (оплатить) медицинскую помощь из страховых фондов в рамках Программы при наступлении страхового случая (заболевания).

Таким образом, институт ОМС тесно контактирует с экономическими институтами, с институтами государства, права, здравоохранения. Межинституциональные связи ведут не только к простому воспроизводству функций института, но и к его развитию, упрочению его статусных позиций в обществе.

Обращаясь к вопросу истоков и последующего развития института ОМС в России, следует подчеркнуть его формальный характер. Поэтому нормативное закрепление статуса института и следует считать началом его становления.

Мы полагаем, что можно выделить три этапа в становлении, функционировании и развитии института ОМС:

И этап: формирование предпосылок становления института (1861–1912). Появляются первые добровольные сообщества взаимного страхования в среде промышленных рабочих, охватывающие сферу оказания медицинской помощи. Возникновение таких сообществ определено потребностью в безопасности, желанием защитить себя в случае наступления болезни и снизить финансовые затраты на ее лечение. Оперативным откликом на запросы рабочих со стороны государства стала легитимация страховых отношений, закрепленная в нормативных документах. ОМС становится инновационным институтом, разрушившим традиционную систему государственной медицины, истоки которой, по мнению М. Б. Мирского, следует искать в реформах середины XVI в.²⁹, и внесшим новые принципы оказания медицинской помощи.

II этап: создание организационных форм в виде больничных касс (1912–1918), а позже — фондов медицинской помощи (1921–1929). Происходят процессы организационного оформления и легитимации института ОМС. Больничные кассы становятся одной из главных организационных единиц, реализующих ОМС рабочих промышленных предприятий. В период НЭПа советское

²⁹ См.: *Мирский М. Б.* Медицина России X–XX веков : очерки истории. М., 2005. С. 66.

государство, обращаясь к идее медицинского страхования, декларирует его всеобщность и массовость, практически в полной мере обозначив как обязательное. Происходит трансформация организационной структуры: упраздняются больничные кассы и создаются фонды — организации, выполняющие регулятивные и контролирующие функции.

Просуществовав около полувека в России, медицинское страхование практически исчезло, созданная база для его развития осталась невостребованной. Советский период развития общества ознаменовался становлением и функционированием государственной системы здравоохранения, получившей название «модель Семашко», в которой население не участвовало в оплате медицинской помощи. Конституционное право на бесплатную медицинскую помощь в СССР имело как социальный, так и политический характер, отражающий прогрессивность советской социалистической идеологии, основанной на принципах и идеях гуманизма и человеколюбия.

Разрушение советской системы общественных отношений, зарождение новых рыночных отношений актуализируют вопросы медицинского обслуживания населения в новых условиях. В начале 1990-х гг. проблема выхода здравоохранения из кризиса становится как никогда актуальной. Становление рынка усилило потребность в трансформации всей системы медицинской помощи, что привело к возрождению медицинского страхования. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», принятый в 1991 г., ознаменовал новый этап в развитии института ОМС в России.

Для ОМС характерен революционный путь развития, который связан с тем, что государство реанимирует нормы и принципы института «старого образца» и «осовременивает» их в соответствии с текущей экономической и политической ситуацией.

В данном ракурсе актуальными видятся идеи М. Вебера: «Возникновение новых установлений института любого рода... лишь чрезвычайно редко происходит на основе автономной “договоренности” всех участников будущих действий, от которых ждут

лояльности в предполагаемом усредненном смысле по отношению к этим установлениям. Обычно происходит “насильственное их внедрение”: определенные лица прокламируют некие установления в качестве обязательных... и лица, связанные с институтом (или подчиненные ему), в той или иной степени покоряются этому, что находит выражение в более или менее лояльной, однозначной по своему смыслу ориентации их действий на упомянутые установления»³⁰.

ОМС предстает как институт, «навязанный» государством, его организационная структура и механизмы функционирования имеют «насильственный» характер. Роль государства в данном случае очевидна: волевое решение возродило институт ОМС и обязало, по сути, основных субъектов страхового поля «играть по правилам», установленным государством.

Для того чтобы лучше понять и осмыслить современное состояние ОМС, его место в институциональной матрице российского общества, необходимо обратиться к социальной памяти. «В переходные периоды истории стран, — пишет Р. В. Рывкина, — роль социальной памяти намного усиливается и становится ощутимой: новый социальный опыт еще слаб, а память о прошлом опыте, о прошлом обществе и жизни в нем еще жива»³¹. Обращение к системе медицинского страхования, существовавшей в дореволюционной России, демонстрирует ностальгические настроения и стремление к возрождению старого отечества. Как отмечает Р. В. Рывкина, «принятие правительством Ельцина курса на рыночную экономику в условиях гласности привело к огромному всплеску интереса к дореволюционной экономике...»³².

Добавим, что интерес актуализировался не только к социальным общностям и группам, включенным в экономическую сферу, но особое внимание было уделено и организационным структурам

³⁰ Вебер М. О некоторых категориях понимающей социологии // Вебер М. Избр. произв. / пер. с нем. М., 1990. С. 539.

³¹ Рывкина Р. В. Экономическая социология переходной России. Люди и реформы. М., 1998. С. 73.

³² Там же. С. 74–75.

функционирования институтов общества, в частности, институту медицинского страхования. Опыт западных стран ярко продемонстрировал возможности и преимущества страховой медицины, и государство в условиях кризиса, в том числе финансового, предпочло обратиться к традициям, принципам и нормам, существовавшим более полувека назад.

Длительный этап забвения института медицинского страхования в России привел не только к ряду негативных последствий для современного общества, но и к трудностям адаптации населения к новому механизму функционирования медицинского обслуживания. Формировавшиеся десятилетиями иждивенческие настроения населения о том, что бесплатная медицина должна заботиться о здоровье, сегодня довольно трудно изменить. Принцип бесплатности получения медицинской помощи полюбился населению и вылился в нежелание прикладывать собственные усилия для сохранения здоровья в новых экономических условиях. И. В. Журавлева пишет: «...человек к этому не готов — он не привык думать о здоровье, он привык бороться с уже имеющимися болезнями»³³.

Процесс становления ОМС в новых условиях осуществлялся «сверху», через легитимацию в нормативно-правовом поле. Е. С. Андреевская отмечает, что существовали барьеры его включения в российскую систему медицинского обслуживания, к числу которых относит сопротивление управленческого звена медицинских работников³⁴:

- большинство руководителей опасались введения защиты прав и интересов граждан в сфере охраны здоровья и создания вневедомственных организаций, связанных с контролем предоставления медицинской помощи;
- реализация указанного закона требовала коренного изменения существовавших методов руководства и повышения ответственности должностных лиц в органах

³³ Журавлева И. В. Указ. соч. С. 5.

³⁴ См.: Андреевская Е. С. Этапы становления обязательного медицинского страхования в России // Учен. зап. Петрозавод. гос. ун-та. 2009. № 8. С. 11–12.

- управления здравоохранением и руководителей медицинских учреждений;
- в условиях отсутствия достаточного нормативного правового регулирования отношений в сфере ОМС у руководителей здравоохранения вызывало опасение и само введение в систему охраны здоровья рыночных отношений.

Население же было слабо информировано об ОМС. Результаты всероссийского исследования, проведенного в 2008 г. (N = 39 141), показали, что на вопрос: «Знаете ли Вы, что такое обязательное медицинское страхование», 58,5 % респондентов указали, что владеют достаточной информацией относительно ОМС; 33,5 % опрошенных знали о данной системе, но мало; и 8,0 % ничего не знали об ОМС³⁵.

«Сохранение государственных структур в формирующейся системе ОМС, — пишет И. А. Тогунов, — построение взаимодействия субъектов системы на основе скрытых административных рычагов управления... сдержали формирование рыночных отношений в сфере здравоохранения»³⁶. Институт ОМС строился на базе советской бюджетной системы здравоохранения. Отсюда институт «впитал» некоторые принципы оказания медицинской помощи существовавшей государственной системе без учета рыночных ориентаций, например, территориальный принцип оказания медицинского обслуживания. Кроме того, патернализм советской медицины снизил ответственность самого населения за состояние здоровья.

Стремительность, проявленная государством при внедрении ОМС, стала источником целого комплекса проблем. Такое жесткое введение нового института осуществлялось, скорее, в интересах властных структур, нежели исходя из потребностей населения,

³⁵ См.: Всероссийское социологическое исследование мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи // Международный центр финансово-экономического развития : [сайт]. 05.05.2010 [Электронный ресурс]. URL: <http://mcfr.ru/journals/34/311/17793/18943/> (дата обращения: 19.04.2011).

³⁶ Тогунов И. А. Десять событий, которые потрясли систему ОМС // Главврач. 2003. № 8. С. 17.

а также медицинского персонала, которые остались за границей обсуждаемых вопросов. По мнению Ю. М. Комарова, «обычно между провозглашением основных идей и концепций реформ и их реальным воплощением проходит несколько лет, как это было в Великобритании, где принципы национального здравоохранения были провозглашены в 1942 г., а реализованы в 1948 г., в Голландии, где реформа Деккера была объявлена в 1986 г., а начала реализовываться в 1992 г., то же самое наблюдается в Израиле, США и других странах»³⁷.

Наши исследования, проведенные в 2004–2010 гг. показывают, что потребность населения в медицинском обслуживании трансформируется в практику самолечения³⁸. Две трети пациентов посещают медицинские учреждения только в крайнем случае, когда методы и средства, применяемые при самолечении, не приносят позитивного результата.

К числу основных причин сложившейся ситуации можно отнести: очереди, трудности с получением талона на прием; невнимательность врачей и медперсонала, грубость в общении; отсутствие индивидуального подхода при выборе лечения; нежелание лечащего врача дать полную, доступную и понятную для пациента информацию по заболеванию; неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия лечебного учреждения; продвижение (навязывание) врачом дорогостоящих медикаментов, процедур и исследований; отказ в лечении; непостоянство (увольнение старого врача, принятие на работу нового) участкового терапевта; медленный прием терапевтом, большая «загрузка». Что касается высокодоходных групп населения, то они обращаются в негосударственные медицинские учреждения, добровольно отказываясь стать участником института ОМС.

³⁷ Комаров Ю. М. Добровольное медицинское страхование за рубежом: уроки для России // viperson.ru : рейтинг персонала, страниц электрон. библиотек : [портал] [Электронный ресурс]. URL: <http://www.viperson.ru/wind.php?ID=434506> (дата обращения: 23.05.2011).

³⁸ См.: Шилова Л. С. Стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социс. 2007. № 9. С. 102–109.

ОМС в России — институт, который начал свою «работу» в кризисных условиях, в трудный переходный период, пытаясь сохранить принципы доступности и бесплатности медицинской помощи, которые были основополагающими еще в советской системе здравоохранения. Государству принадлежит ведущая роль в воссоздании института ОМС в современной России, деятельность которого опирается на осовремененные принципы и нормы страхования. Речь идет о том, что, несмотря на проблемы и противоречия становления института ОМС, тем не менее, он имеет и позитивные стороны. В условиях экономического кризиса институт ОМС стал единственным инструментом «выживания» всей системы здравоохранения, позволяющим получать и рационально расходовать финансовые средства. Новый институт ОМС был ориентирован прежде всего на предоставление социально-гарантированного минимума бесплатной медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС. Он был призван установить социальный контроль за ее качеством, а также начать перестройку здравоохранения в соответствии с потребностями населения и перейти к более рациональному использованию ресурсов в рамках лечебно-профилактических учреждений.

Глава 3

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НА СЕЛЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ³⁹

В современный период сельские жители и село редко становятся объектами внимания со стороны российских социологов⁴⁰. Вместе с тем специалисты выделяют ряд особенностей сельской «глубинки», к которым следует отнести естественную убыль населения, закрытие учреждений образования и медицины, разорение коллективных сельских хозяйств, безработицу, девиации. Для нынешнего сельского сообщества характерны низкая самоорганизация и неразвитость коллективных действий, что свидетельствует и об определенных свойствах менталитета (замкнутость, скрытность, некоммуникабельность) и о слабости местного самоуправления. Однако сельчане могут действовать и действуют сообща в тех случаях, когда занимаются благоустройством села и оказывают помощь соседям в трудной ситуации⁴¹. Мы полагаем,

³⁹ Глава написана при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда, грант № 16-33-00008.

⁴⁰ Отметим ряд работ, которые были опубликованы в последнее десятилетие и в которых раскрывается специфика современного села и сельского образа жизни: *Бондаренко Л. В.* Сельская Россия в XXI веке (социальный аспект) // Социол. журн. 2005. № 4. С. 69–77; *Григорьев С. И.* Социология жизненных сил российского села и сельского жителя в начале XXI века // Социс. 2010. № 9. С. 39–44; *Евдокимова Т. Г.* Ценности и ценностные ориентации сельского населения России // Социс. 2015. № 12. С. 91–98; *Романов А. А., Фролов С. А.* Развитие села глазами молодежи // Социс. 2014. № 2. С. 48–51; *Хагуров А. А.* О состоянии и проблемах российского села // Социс. 2012. № 1. С. 145–150.

⁴¹ *Бондаренко Л. В.* Указ. соч. С. 72.

что ключевой характеристикой сельских поселений являются социальные связи, которые воплощаются в локальных сетях поддержки.

Подчеркнем, что изучение проблем сельских поселений актуализируется в условиях возрастающей глобализации урбанизированных стран, в том числе и России. Реструктуризация отечественного здравоохранения становится фактором, влияющим на состояние и перспективы развития медицинского обслуживания в сельских поселениях. Вопросы, связанные с этим процессом, до сих пор остаются за пределами исследовательского интереса российских социологов.

С учетом этого в 2013 г. автором главы было проведено эмпирико-социологическое исследование, его объектом выступили пациенты Кривского врачебного учреждения Далматовского района Курганской области. Всего было опрошено 200 пациентов, которые в момент опроса пришли в учреждение для получения медицинской помощи. Структура респондентов воспроизводит половозрастной состав населения исследуемого района. Мы также провели полуформализованные интервью с медицинским персоналом с. Кривского и г. Далматова Курганской области (N = 6).

Одним из главных вопросов, к которому мы обратились в исследовании, стал анализ взаимодействия врачей и пациентов в системе сельского медицинского обслуживания. В современных научных источниках представлен широкий спектр разработанных моделей взаимоотношений врача и пациента как на теоретическом уровне, так и полученных в ходе эмпирических исследований. Базисом выделенных моделей выступают, как правило, деонтологические принципы оказания медицинской помощи. Например, авторы учебного пособия «Введение в биоэтику» выделяют монологическую и диалогическую модели взаимодействия⁴². Взаимодействие между врачом и пациентом в первой модели характеризуется как монолог специалиста-эксперта со слушателем, основой второй модели выступает диалог равноправных

⁴² Введение в биоэтику. С. 143.

партнеров, предметом обсуждения которых становится заболевание пациента.

Наиболее широко тиражируемой следует признать концепцию моделей взаимодействия, разработанную Р. Витчем, выделившим четыре типа: инженерный, патерналистский/пастырский, коллегиальный, контрактный⁴³. Врач в инженерной модели относится к пациенту как к «механизму», требующему починки, и, соответственно, медицинское обслуживание может быть сведено к манипуляциям с телом больного. Суть патерналистской модели взаимодействия заключается в том, что пациент становится ребенком, которому необходима забота; эту отеческую заботу предлагает врач с условием неукоснительного ему подчинения и выполнения всех его требований и предписаний. Равноправие между врачом и пациентом составляет основу коллегиальной модели, в которой пациент включен в поле обсуждаемых проблем и принятие решений, касающихся диагностики и лечения. В контрактной модели взаимодействие строится на основе договорных отношений, которые могут быть как формализованными, так и иметь неформальный характер.

Российский исследователь А. Зильбер также предлагает четыре модели взаимодействия врача и пациента⁴⁴. Патерналистская модель, как и у Р. Витча, связана с заботой, которую проявляет врач к пациенту, и с необходимостью выполнять все его указания. В либерационной модели доктор оставляет за пациентом право принятия решения, раскрыв все преимущества и недостатки того или иного вектора диагностики и лечения. В соответствии с третьей моделью — технологической — пациент и врач опираются на диагностические процедуры, комплексные показания приборов и сложную лечебную технологию. И, наконец, интерпретационная модель взаимодействия выстраивается на толкованиях и разъяснениях, которые дает врач пациенту, выступая посредником между ним и болезнью.

⁴³ См.: Там же. С. 135–143.

⁴⁴ Зильбер А. П. Указ. соч. С. 29–31.

В нашем исследовании мы использовали модель, предложенную Р. Витчем. Результаты опроса показали, что коллегиальную модель взаимодействия выбирают 70,5 % пациентов. Респонденты считают, что сельский врач в процессе медицинского обслуживания проявляет эмпатию (95 %), убеждает (94 %) и умеет строить беседу (94 %). В этой модели отношения между врачом и пациентом строятся на основе равенства. Задачей врача становится доступное для пациента информирование о состоянии здоровья, последствиях использования тех или иных методов лечения заболевания и пр. Представители разных профессиональных групп сельского сообщества непосредственно взаимодействуют в бытовых практиках, по сути, они воспроизводят эти практики и в других сферах. В нашем случае речь идет о реализации селянами социальных ролей врача и пациента в процессе медицинского обслуживания. Нормы взаимодействия, характерные для селянина, воспроизводятся и в практике взаимодействия между пациентом и врачом.

Патерналистская модель взаимодействия характерна практически для каждого четвертого опрошенного (23,5 %). Врач в ней становится утешителем (97,5 %), так как пациент не обладает всей системой медицинских знаний, позволяющих ему охарактеризовать свое состояние (88,5 %), и принимает информацию, полученную от врача, опираясь на собственное доверие к нему (88 %); такому пациенту нужны доверительные беседы и «душевная» обстановка (73 %). Патерналистская модель напоминает отношения между родителями и детьми: первые проявляют заботу и внимание, а вторые в силу отсутствия опыта и знаний должны подчиниться и дисциплинированно выполнить все указания. По сути, эта модель характеризует взаимодействия между духовным наставником и послушником.

Данная модель взаимодействия господствовала не одно десятилетие в советском здравоохранении под лозунгом: «обо мне заботится бесплатная медицина». Ответственность пациента при этом минимизируется, и он превращается в объект врачебных манипуляций. Формирующийся российский рынок медицинских

услуг предъявляет новые требования к пациенту. В этих условиях востребован автономный тип личности, умеющей принимать решения в отношении своего здоровья. В сельской «глубинке» такая личность пока не сформирована. Причиной этого, по нашему мнению, является воспроизводство традиционных норм и ценностей сельского уклада, который включает и отношение селян к медицинским работникам (врачам, фельдшерам, медсестрам), наделенным особыми «сакральными» знаниями о лечении заболеваний и сохранении здоровья.

Инженерную модель взаимодействия указывают 4,5 % опрошенных. Врача в такой модели отличает высокий уровень ответственности (95 %) и независимость от мнения пациента (78 %), а пациентов — терпеливость (98 %). Медицинское знание в такой модели — ценностно-нейтральное, врач выступает в роли «механика», которому нужно починить сломавшийся механизм. Выбор методов и средств диагностики и лечения не зависит от желаний, потребностей и уровня информированности самого пациента, а также личностных предпочтений и интересов врача. Выбор детерминирован схемами, принятыми в практике врачевания, стандартизирован, упорядочен и нормативен. Мнение пациента мешает врачу при выборе тактики лечения, оно ненаучно и не заслуживает внимания.

Универсализация лечебных практик в инженерной модели ведет к деперсонализации отношений врач — пациент, а взаимодействие выстраивается на механистических основаниях, т. е. медицинское обслуживание опирается исключительно на данные обследований и заключений, а не на работу/взаимодействие с самим пациентом. Технизация лечебного и диагностического процессов имеет как позитивные, так и негативные последствия, одним из которых выступает сокращение психологического контакта «между врачом и больным, потому что даже собирание анамнеза нередко сводится к заполнению больным или его родственниками распространяемой заранее анкеты, данные которой вводятся в компьютер, нередко минуя их осознание врачом»⁴⁵. Известный

⁴⁵ Зильбер А. П. Указ. соч. С. 22.

американский кардиолог Б. Лаун подчеркивал: «За время, отведенное на составление истории болезни, необходимо не только отметить наиболее важные моменты состояния здоровья больного, но и заглянуть в его внутренний мир»⁴⁶.

Контрактная модель взаимодействия является типичной лишь для 1,5 % опрошенных селян. Пациент выбирает в качестве основы взаимодействия договор как индикатор своей свободы и независимости, контракт выполняет символическую функцию, он устанавливает границы отношений с врачом. Контракт — это договор (гласный / негласный) между врачом и пациентом, в рамках которого основная цель взаимодействующих сторон — достижение понимания в процессе медицинского обслуживания. Р. Витч полагал, что это наиболее реалистичный тип модели, в отличие от коллегиальной, поскольку учитывает разность статусов и информационную асимметрию.

Полученные эмпирические данные продемонстрировали следующее противоречие в системе медицинского обслуживания в сельских поселениях. С одной стороны, пациенты ориентированы на контрактный тип, выбирая свободу и самостоятельность в выборе лекарственных средств (92 %) и отказываясь от приобретения медицинских препаратов, рекомендованных врачом (76,5 %), поскольку высока потребность в обсуждении их достоинств и побочных действий, однако, с другой стороны, сами врачи не желают использовать подобную модель в своей практике. Возможно, это связано с определенными рисками для сельского врача, которые заключаются в нивелировании своей социальной роли в оценках пациентов как главного источника медицинской информации, поскольку пациент может установить слишком широкие границы контрактных отношений.

Обращаясь к рассмотрению влияния половозрастных характеристик на выбор модели взаимодействия, следует отметить, что молодежь примерно в равных долях представлена в патерналистской, коллегиальной и контрактной моделях. Пациенты

⁴⁶ Лаун Б. Утерянное искусство врачевания. М., 1998. С. 26.

среднего возраста ориентированы на коллегиальную модель, пожилые и старые селяне считают наилучшими моделями инженерную и патерналистскую. Мы полагаем, что подобную ситуацию можно интерпретировать следующим образом. Молодое поколение находится в поиске оптимальной эффективной модели взаимодействия, селяне среднего возраста составляют активную трудоспособную часть населения и стремятся к равенству во взаимодействии, а представители группы «седого возраста», обладая значительным жизненным опытом и учитывая объективные показатели своего здоровья, руководствуются нормами советского периода и поэтому обращаются к патерналистской модели.

В целом модернизация современной российской системы медицинского обслуживания задает и новые модели взаимодействия врача и пациента на селе. В настоящее время высокодоходные группы населения городов стремятся к реализации контрактной модели, обращаясь к системе добровольного медицинского страхования или выбирая негосударственные медицинские учреждения. Неформальная оплата медицинских услуг также может стать базисом становления и воспроизводства смешанных (промежуточных) моделей взаимодействия⁴⁷. Село меняется, несмотря на традиционные нормы и ценности, которые характеризуют сельский уклад, и, соответственно, нужны мониторинговые исследования взаимодействия врача и пациента в системе сельского медицинского обслуживания как индикатора трансформационных процессов.

Ключевой фигурой в системе первичного медико-санитарного обслуживания на селе выступает врач. Результаты полуформализованных интервью позволяют выделить целый комплекс проблемных зон, с которыми сталкиваются представители этой профессии в своей деятельности. Остановимся на некоторых из них.

⁴⁷ См., напр.: Антонова Н. Л. Неформальная оплата медицинских услуг: социологическое осмысление // Изв. Урал. гос. ун-та. 2008. № 57. С. 64–71; Шишкин С. В. и др. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. М., 2004. С. 19–39; и др.

Рабочий график врача составляет четыре рабочих часа в сутки. К этому времени добавляется еще два часа дежурному медицинскому работнику, имеющему квалификацию не ниже медицинской сестры. Врач также должен учитывать патронаж (обход больных по селу, дневные и ночные вызовы).

Количество пациентов в сельском лечебном заведении составляет порядка 20 человек, что соответствует стандартам ОМС. Отклонения в численности посетителей медицинского учреждения незначительные: *«По документам обязана принимать 20 пациентов. Где-то так обычно и есть. От 18 до 22, иногда 24 больных и принимаем»* (врач, стаж работы 43 года).

Если взаимодействия в городе строятся на базе анонимности, то в селах можно наблюдать некоторые пережитки российской общины. По мнению врача, *«важен сам контакт с пациентом»* (врач, стаж работы 43 года), поскольку этот контакт — неотъемлемый элемент успешного медицинского обслуживания. Он становится фундаментом откровенности в беседе с врачом, в ходе которой выявляются особенности его повседневной жизнедеятельности, от которой зависит и состояние его здоровья. Этот контакт позволяет быстро и максимально точно установить диагноз и назначить лечение. По сути, контакт является превентивным средством от разногласий и потенциальных опасностей, которые могут возникнуть в процессе медицинского обслуживания.

Проблема риска в медицинском обслуживании, с точки зрения врачей, является одной из самых важных. Речь идет о том, что существуют риски заражения заболеваниями от пациентов. Отсюда актуальными мерами, полагают опрошенные, становится усиление материальной базы медицинского учреждения (средства защиты тела: маски, перчатки и пр.; медицинские средства одноразового использования: шприцы, зеркала и пр.) и воспроизводство санитарно-гигиенических норм как со стороны пациента, так и со стороны самого медицинского работника (чистоплотность и пр.). Безопасность является гарантом эффективного медицинского обслуживания. Важным фактором успешного медицинского обслуживания выступают условия труда медицинского персонала.

Опрошенные нами медработники единодушны в негативной оценке условий, в которых они осуществляют профессиональную деятельность. Причиной тому, по мнению респондентов, является недостаточное финансирование здравоохранения в целом. Министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова в своем докладе «Развитие сельского здравоохранения в Российской Федерации» отметила, что в целях реструктуризации здравоохранения на селе, обеспечения сельчан квалифицированной медицинской помощью, улучшения состояния здоровья (и качества жизни) жителей села органами власти предусмотрен в том числе капитальный ремонт и дальнейшая реконструкция зданий лечебных заведений, ряда центральных районных больниц, предоставление им современного медицинского оборудования и техники, внедрение современных медицинских технологий. Вместе с тем думается, что проблему обеспечения достойными условиями труда врачей на селе нужно решать комплексно и системно, привлекая негосударственные и коммерческие структуры и организации.

Отношение врачей к реформе в системе медицинского обслуживания также негативное. Респонденты испытывают дискомфорт от существующей сегодня платной медицины. Отказ от советской системы бесплатного и доступного здравоохранения они считают самой значительной потерей эпохи реформ. Врачи отметили тот факт, что реформы коснулись структуры здравоохранения, но вот человек (и пациент, и врач) остались за «бортом» реформирования системы: *«Пациентов и врачей-то и забыли в этой хваленной реформе! Только стандарты, бумаги, методики всякие, а бумаг-то сколько — ужас! Только и пишем истории⁴⁸, только и пишем. Так сказать, мальчика-то и забыли, взялись чинить структуру, а ведь надо начинать с людей, чтобы людям было комфортно, а не бюрократии»* (врач, стаж работы 43 года).

Кроме того, Счетная палата РФ по итогам аудита эффективности использования средств, направленных на реализацию планов модернизации на 2011–2013 гг., выявила целый ряд нарушений. За

⁴⁸ Здесь под историей понимается карта болезни пациента.

указанный период было освоено 694 млрд руб. из средств федерального бюджета и фонда ОМС. Модернизация не завершена в 22 субъектах РФ: не открыто 1,7 тыс. офисов врачей общей практики, 2 тыс. фельдшерско-акушерских пунктов и 1,5 тыс. фельдшерских пунктов⁴⁹.

Если к реформе здравоохранения отношение явно негативное, то отношение к деятельности непосредственного начальства позитивное: *«Я удовлетворена начальством в районе. Он активный, молодой, ему 33 года, самый молодой в нашем далматовском здравоохранении»* (врач, стаж работы 43 года).

Опрошенные нами медицинские работники определили круг проблем, которые требуют незамедлительного решения, поскольку могут привести в ближайшем будущем к значительным противоречиям в системе сельского медицинского обслуживания. К их числу были отнесены:

- отсутствие полного стационара в сельском больничном учреждении (невозможность следить за исполнением пациентами всех нюансов лечебного курса);
- отсутствие негосударственных (платных) медицинских учреждений;
- доминирование среднего медперсонала, т. е. специалистов со средним профессиональным образованием, выполняющего простые медицинские процедуры и мероприятия;
- значительный охват медицинскими пунктами крупных (по площади) территорий: врач работает в 12 сельских населенных пунктах, участвует в выездных осмотрах пациентов;
- отсутствие специальных больничных зданий: как правило, помещение врачебной амбулатории или фельдшерско-акушерского пункта включает небольшое число

⁴⁹ Литвиненко Т. В реализации программы модернизации выявлены нарушения. Секция «Общество». Сайт: РИА Новости. 30.04.2014 [Электронный ресурс]. URL: <http://ria.ru/society/20140430/1006023862.html> (дата обращения: 30.04.2016).

- кабинетов (приемная, дневной стационар, детский кабинет, акушерская);
- отсутствие специализированного медицинского оборудования: поскольку в сельских медицинских учреждениях работают врачи общего профессионального профиля, то специальная аппаратура им не поставляется;
 - невостребованность со стороны врачей полисов ОМС, что увеличивает долю неучтенных в ведомостях и отчетах вызовов на дом и т. п.

Значительная часть проблем может быть снята, по мнению респондентов, если произойдет возврат к старой советской системе медицинского обслуживания с ее развернутой сетью медицинских учреждений, профилактической работой, большим числом стационарных мест в больницах.

Такая позиция медперсонала объясняется старением медицинских кадров на селе. Опрошенные нами респонденты — это «стажисты», средний возраст которых составил 58 лет. Медицинский персонал на селе — это люди «советского прошлого», т. е. начало их трудовой деятельности пришлось на период развития бесплатной бюджетной системы здравоохранения, которую и желают сегодня воссоздать в сельских поселениях.

В ходе нашего исследования был разработан ряд практических рекомендаций. Сельские пациенты не должны в ближайшее время подвергаться резкому переходу системы медицинского обслуживания на рыночные «рельсы», поскольку они не представляют ситуации, в которой платная медицина господствовала бы в государственном здравоохранении и, соответственно, была распространена контрактная модель взаимодействия. Советские традиции твердо упрочились в повседневных практиках сельчан, соответственно выдвигаемая некоторыми либеральными политиками идея платного медицинского обслуживания вызывает негодование и страхи со стороны медперсонала, работающего в сельской глубинке. Отсюда важным видится сначала изменение ценности здоровья в представлениях сельских жителей, формирование

более высокого уровня ответственности за него и за свои действия в его отношении.

Для медицинского персонала сельских поселений важно разработать особые механизмы внедрения системы медицинского обслуживания в рыночные отношения, которые позволили бы постепенно и мягко включить этого субъекта в процесс. С позиции сельских врачей (это в основном люди среднего и пожилого возраста, имеющие большой стаж работы) рыночный процесс вызывает душевное угнетение, ощущение национального позора, поскольку страны капиталистического мира — Канада, США, Великобритания, Франция — в свое время многое позаимствовали из советского здравоохранения.

Необходимо учитывать и объемы нагрузки сельских врачей, которые сегодня превосходят нагрузки городских врачей в несколько раз за счет неформального предоставления медицинской помощи. Сельский врач должен и может меньше работать на одном месте (вести обслуживание пациентов), но компенсирует минимальный объем «кабинетных работ» большим числом вызовов и обходов больных по сельским поселениям. Речь идет об изменении существующих стандартов на федеральном уровне и выделении в них специфики деятельности врача сельского поселения.

Глава 4

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

В последние десятилетия в России активно формируется система поддержки социально незащищенных слоев населения. Согласно ФЗ № 442-ФЗ от 28 декабря 2013 г.⁵⁰ под социальным обслуживанием граждан понимается деятельность по предоставлению им социальных услуг. При этом в качестве социальной услуги выступает действие или действия в сфере социального обслуживания по оказанию постоянной, периодической, разовой помощи, в том числе срочной помощи, гражданину в целях улучшения условий его жизнедеятельности и/или расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности.

В соответствии с Федеральным законом система социального обслуживания включает в себя:

- 1) федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социального обслуживания;
- 2) орган государственной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный на осуществление предусмотренных настоящим Федеральным законом полномочий в сфере социального обслуживания;

⁵⁰ Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации (с изменениями и дополнениями) : Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/ (дата обращения: 02.06.2016).

3) организации социального обслуживания, находящиеся в ведении федеральных органов исполнительной власти;

4) организации социального обслуживания, находящиеся в ведении субъекта Российской Федерации;

5) негосударственные (коммерческие и некоммерческие) организации социального обслуживания, в том числе социально ориентированные некоммерческие организации, предоставляющие социальные услуги;

6) индивидуальных предпринимателей, осуществляющих социальное обслуживание.

Социальные услуги предоставляются их получателям в форме социального обслуживания на дому, в полустационарной форме или в стационарной форме.

Различают следующие виды социальных услуг: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-правовые, срочные и услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг.

Отметим, что социально-медицинские услуги направлены на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказание содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

Оказание социальных услуг осуществляется посредством социальной работы. Этот вид социальной деятельности направлен на гармонизацию личностных и общественных отношений через оказание помощи отдельным индивидам, группам людей и общностям, испытывающим затруднения в социальном функционировании, посредством защиты, поддержки, коррекции и реабилитации, а также путем изменения или реформирования отдельных элементов социальной системы⁵¹.

⁵¹ См.: Социальная энциклопедия / редкол.: А. П. Горкин и др. М., 2000. С. 348.

Анализ социальной работы с позиций институционального подхода позволяет сделать ряд выводов.

Во-первых, она реализуется через совокупность:

- а) государственных учреждений, общественных и частных структур, составляющих целостную систему социальной защиты, социального обеспечения и социального обслуживания населения;
- б) высших и средних специальных учебных заведений, готовящих специалистов для данной отрасли;
- в) религиозных организаций, оказывающих влияние на формирование системы ценностей социума.

Во-вторых, социальная работа выступает в качестве универсального социального института: ее носители оказывают помощь всем индивидам, независимо от их социального статуса, национальности, религии, расы, пола, возраста и иных обстоятельств. Единственный критерий в этом вопросе — потребность в помощи и невозможность своими силами справиться с жизненными затруднениями.

В-третьих, она выполняет особую функцию поддержки посредством устойчивой системы социальных связей, отношений, идей «ослабленных» общественных групп и отдельных индивидов, ведь многие клиенты социальных служб являются жертвами «социальной смерти». Ее можно определить как процесс и результат самоустранения и/или исключения социального субъекта из жизни социума, в значительной степени детерминированные состоянием социокультурного континуума⁵².

В-четвертых, она, по выражению Е. И. Холостовой⁵³, относится к числу «эластичных» социальных институтов, расширяющих содержание своей деятельности по мере того, как достигнуты стоявшие перед ними первично выявленные цели.

⁵² Левченко И. Е. Феномен социальной смерти // Социс. 2001. № 6. С. 22.

⁵³ Холостова Е. И. К вопросу о выявлении места социальной работы в структуре социальных отношений // Социальные процессы и социальные отношения в современной России : тез. выступлений (IV Междунар. социал. конгресс) : в 2 т. / под ред. Г. И. Осадчей. М., 2004. Т. 1. С. 101.

Таким образом, социальная работа как специфический вид профессиональной деятельности призвана оказать государственное и негосударственное содействие человеку с целью обеспечения достойного его культурного, социального и материального уровня жизни, предоставление индивидуальной помощи человеку, семье или группе лиц.

Очевидно, что не существует универсальной теоретической модели социальной работы, единого подхода к решению проблем клиентов. Каждая модель имеет ограничения, и это учитывают в своей деятельности сотрудники отечественных социальных учреждений.

Схема процесса потребления социальной услуги состоит из следующих компонентов⁵⁴:

- 1) наличие и осознание индивидом потребности в факторе выживания;
- 2) появление мотива к обретению блага, в более редких случаях — мотива к изменению жизненного вектора индивида;
- 3) принятие или отказ от предложения социальной услуги;
- 4) предоставление услуги; первичное осознание эффекта от предоставления услуги;
- 5) действие клиента по самоактивизации и самореализации; вторичное осознание эффекта от оказания услуги. Истинная цель социального обслуживания достигается только тогда, когда имеют место два последних этапа.

В условиях социально-экономического и демографического кризиса особое внимание уделяется объему и качеству социальных услуг, предоставляемых пожилым гражданам государственными социальными учреждениями.

В массовом сознании представителей старшего поколения по-прежнему сильны патерналистские настроения, и институты

⁵⁴ Романычев И. С. Потребление услуг в системе социального обслуживания лиц пожилого возраста : автореф. дис. ... канд. социол. наук. М., 2006.

власти учитывают этот фактор при разработке и реализации социальной политики.

Постановлением Правительства Российской Федерации № 1090 от 28 августа 1997 г. была утверждена федеральная целевая программа «Старшее поколение» на 1997–1999 гг., позднее пролонгированная на последующий период. Целью Программы являлось формирование организационных, правовых, социально-экономических условий для осуществления мер по улучшению положения граждан старшего поколения и повышению их социальной защищенности; смягчение социально-экономических последствий переходного периода экономики для граждан старшего поколения; улучшение «социального самочувствия» граждан старшего поколения; активизация участия граждан в добровольной деятельности по решению социальных проблем пожилых людей.

Достижение этих целей требует длительных совместных усилий со стороны государства (федеральных, региональных и местных органов власти) и представителей гражданского общества.

На территории Среднего Урала по инициативе администрации региона с 2011 г. реализуется областная комплексная программа «Старшее поколение», поэтому органы государственной власти заинтересованы в получении достоверной информации о потребностях пенсионеров Свердловской области в социальных услугах.

Согласно принятой программе Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания населения Свердловской области «Организационно-методический центр социальной помощи» Министерства социальной защиты населения (ныне Министерство социальной политики) Свердловской области, выступив в качестве заказчика, организовало проведение исследования потребностей жителей Среднего Урала в социальных услугах.

Исполнителем заказа выступил Уральский институт социального образования (филиал) федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессио-

нального образования «Российский государственный социальный университет»⁵⁵.

В ноябре 2011 г. посредством анкетирования были опрошены 4500 граждан пожилого возраста, мужчины составили 1079 человек (23,98 %), женщины — 3421 человек (76,02 %)⁵⁶. Самые многочисленные категории респондентов — пожилые люди в возрасте 55–60 лет (19,43 %) и 76–80 лет (18,14 %), самая малочисленная группа — долгожители (от 90 лет и старше — 0,69 %). Специалисты отмечают особенности, присущие пожилым людям: ослабленное состояние здоровья, снижение двигательной активности, психические изменения (повышенная внушаемость, обидчивость, эгоцентризм и т. п.), ограниченная способность к самообслуживанию и др.

Свердловская область является урбанизированным регионом, поэтому среди респондентов преобладают горожане: жители городов — 48,81 %, жители Екатеринбурга — 19,49 %, жители поселков — 18,06 %, жители села — 11,14 % и жители деревень — 2,5 %.

336 человек (7,47 %) опрошенных продолжают трудиться. Свердловчане старшего поколения следующим образом оценили свое материальное положение:

- Живу за гранью бедности, не хватает даже на питание — 293 человек (6,51 %);
- Денег хватает только на питание — 1025 человек (22,78 %);
- Живу нормально, но приходится экономить — 2117 человек (47,04 %);
- Денег на жизнь хватает; особо не экономлю — 743 человек (16,51 %);
- Затрудняюсь ответить — 22 человек (7,16 %).

⁵⁵ Исследование потребности жителей Свердловской области в социальных услугах, выработка перечня гарантированных государством социальных услуг, включающего услуги по профилактике и раннему выявлению социального неблагополучия, работу сиделок и отделений социально-бытового обслуживания, а также норм и нормативов предоставления государственных и социальных услуг в соответствии с национальными стандартами : информ.-метод. материалы. Екатеринбург : Урал. ин-т социал. образования, 2011.

⁵⁶ Руководители исследовательского проекта — И. Е. Левченко и Е. А. Кондрашов.

Таким образом, 29,29 % пенсионеров рассматривают себя как представителей беднейших слоев общества, что позволяет отнести их к категории лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Согласно пункту 2.1.5 Национального стандарта Российской Федерации ГОСТ 52495-2005 «Социальное обслуживание населения: Термины и определения»⁵⁷ трудной жизненной ситуацией является ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность гражданина по причинам инвалидности, неспособности к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом или болезнью, безработицы, сиротства, одиночества, безнадзорности, малообеспеченности, конфликтов и жестокого обращения в семье, нарушения законных прав и интересов, отсутствия определенного места жительства и т. д., которую он не может преодолеть самостоятельно.

Особую категорию опрошенных составили клиенты стационарных социальных учреждений, которые относятся к типу «закрытых» социальных институтов. Эти респонденты представляют собой своеобразную общность людей, вынужденно объединенных сходными условиями проживания, где заданы определенные рамки поведения пациентов. Следствием этого нередко является «госпитализм» — совокупность психических и соматических расстройств, обусловленных длительным пребыванием человека в условиях стационара в отрыве от близких людей, привычной обстановки, дома.

Итак, среди опрошенных пенсионеров 3000 человек оказались клиентами центров социального обслуживания населения, 1000 — клиентами стационарных социальных учреждений на момент опроса и 500 — потенциальными потребителями социальных услуг.

Согласно данным проведенного исследования степень спроса социальных услуг пенсионерами высокая: 29,8 % представителей

⁵⁷ Национальный стандарт Российской Федерации. ГОСТ 52495-2005 «Социальное обслуживание населения: Термины и определения» [Электронный ресурс]. URL: http://standartgost.ru/g/ГОСТ_P_52495-2005 (дата обращения: 02.06.2016).

старшего поколения указали, что прибегают к помощи социальных работников ежедневно, 45,98 % — несколько раз в неделю, 5,48 % — несколько раз в месяц, 10,13 % — несколько раз в год и 8,61 % затруднились ответить на вопрос. Очевидно, анатомо-физиологические и психосоциальные особенности пожилых людей стимулируют их стремление получить специализированную помощь в социальных учреждениях.

Более половины опрошенных пенсионеров отметили, что пользуются всеми видами социальных услуг, но предпочтение отдают социально-бытовым (86,02 %), социально-медицинским (81,78 %) и социально-психологическим (72,56 %) услугам.

Следует учитывать, что в п. 2.2.3 Национального стандарта Российской Федерации ГОСТ 52495-2005 «Социальное обслуживание населения: Термины и определения» дано следующее определение социально-медицинской услуги: «социальная услуга, предоставляемая клиентам в целях поддержания и улучшения состояния их здоровья, социально-медицинской реабилитации путем организации лечебно-оздоровительных мероприятий, предоставления медикаментов и медицинской техники, консультирования, содействия в своевременном получении квалифицированной медицинской помощи, в решении других социально-медицинских проблем жизнедеятельности»⁵⁸.

Доминирующий спрос на три вида социальных услуг закономерен — именно они восполняют недостаток ресурсов для осуществления нормальной повседневной деятельности. Факторы повышения и понижения активности потребления вышеупомянутых услуг определяются возрастом, психосоматическим состоянием, условиями жизни и ценностными ориентациями клиентов.

Результаты опроса пенсионеров показывают, что сравнительно немногие из них получают отдельные виды помощи. Обращает на себя внимание, что реже всего респонденты (в том числе инвалиды и неимущие) пользуются услугами сиделки (табл. 1).

⁵⁸ Национальный стандарт Российской Федерации. ГОСТ 52495-2005 «Социальное обслуживание населения: Термины и определения».

Таблица 1

Получение помощи клиентами социальных учреждений, %

Вид помощи	%
Материальная помощь в натуральном виде	24,20
Предоставление временного приюта	11,26
Услуги сиделки	3,63
Стационарный уход	19,9
Обеспечение средствами ухода, реабилитации и адаптации (кресло-каталка, костыли, капельница и т. д.)	29,61
«Социальное такси»	11,40

Кроме того, 22,11 % респондентов указали, что пользуются другими видами помощи, в том числе указали, что нуждаются в доставке продуктов и лекарств.

Основными составляющими оценки удовлетворенности потребителей качеством предоставления государственных услуг в учреждениях социального обслуживания являются следующие показатели⁵⁹:

- процент потребителей, согласных с позитивными суждениями о качестве работы социальных учреждений;
- процент потребителей, удовлетворенных пребыванием в стационарном социальном учреждении;
- процент потребителей, удовлетворенных качеством социальных услуг.

⁵⁹ См.: Антонова Н. Л. Потребности семьи в социальных услугах // Вестн. Южно-Урал. гос. ун-та. 2006. № 2 (57). С. 177–180 (Сер. Социально-гуманитарные науки); Быковская Л. И., Козырева И. А., Изъюрова Т. В. Подходы к оценке качества социальных услуг учреждений социального обслуживания населения : монография. Сыктывкар, 2007; Карпунина А. В., Локтева Т. А. Надомное социально-медицинское обслуживание пожилых и инвалидов: к вопросу об удовлетворенности клиентов // Отеч. журн. социал. работы. 2015. № 2. С. 154–159; Тимошина Е. Н. Социологическая квалиметрия социального обслуживания населения: сущность, основные подходы и принципы измерения // Социал. политика и социология. 2011. № 2. С. 63–88; и др.

Специалисты также выделяют основные аспекты удовлетворенности услугами: личностно-эмоциональный, социально-коммуникативный, оздоровительный, когнитивный, творческий, экономический. Каждый из них зависит от социально-демографических характеристик клиентов: возраста, образования, размера пенсии, количества членов семьи и др.

В ходе опроса респондентам было предложено выразить свое мнение по поводу суждений, отражающих уровень качества оказываемых социальных услуг (табл. 2).

Таблица 2

Отношение пенсионеров к суждениям, отражающим уровень качества оказываемых социальных услуг, %

№ п/п	Суждение	Полностью согласен	Не вполне согласен	Совсем не согласен
1	Сотрудники социального учреждения — профессионалы своего дела	89,76	9,07	1,17
2	Социальные работники относятся к клиентам вежливо и доброжелательно	94,32	5,27	0,41
3	Проблемы клиентов решаются своевременно	87,15	11,71	1,14
4	Порядок предоставления социальных услуг меня удовлетворяет	91,72	6,83	1,45
5	График работы социального учреждения удобный	91,4	6,97	1,63
6	Условия посещения социального учреждения хорошие	84,39	12,42	3,19

В целом клиенты дали позитивную оценку всем суждениям, отражающим уровень качества оказываемых социальных услуг.

Вместе с тем суждения вызвали полное несогласие у части потребителей. Так, 3,19 % (это можно считать близким к критическому показателю) респондентов не согласны с утверждением о хороших условиях посещения (пребывания) в социальном

учреждении, 1,63 % — с тем, что график работы учреждения удобный, 1,45 % — с тем, что порядок предоставления услуг удовлетворителен.

Кроме того, меньшее одобрение, по сравнению с другими, вызвали суждения, связанные с оперативностью решения проблем клиентов (87,15 %) и профессионализмом сотрудников (89,76 %).

Анализ ответов пенсионеров на открытые вопросы подтвердил, что основные факторы, снижающие уровень удовлетворенности клиентов, связаны:

1) с недостаточной оснащенностью материально-технической базы (нарекания по поводу отсутствия технических средств реабилитации, массажного кресла, автомобиля для «социального такси», компьютеров, канцелярских товаров, помещений для проведения занятий и т. п.);

2) с отсутствием узкопрофильных сотрудников:

- «нет медработника» (мужчина, 64 года, г. Волчанск);
- «нет медработников в центре» (женщина, 73 года, г. Волчанск);
- «в учреждении нет медработника, а в больнице на процедуры очередь» (мужчина, 71 год, г. Волчанск);
- «Не хватает мужских рук — соцработников, медицинских работников» (женщина, 74 года, г. Волчанск);

3) с необходимостью повышения квалификации персонала («провести курсы сиделок, обучение работников») и созданием благоприятных условий для его деятельности («обеспечить беспрепятственную работу соцработников в других учреждениях при оплате ком. услуг в банке, в больницах и т. д.»).

Вместе с тем, согласно полученным данным, абсолютное большинство пенсионеров высоко оценили качество социальных услуг, предоставляемых в социальных учреждениях: на «отлично» — 38,51 %; «хорошо» — 51,41 %; «удовлетворительно» — 9,74 %; «неудовлетворительно» — 0,34 %. В результате общая оценка составила 4,28.

Клиентам, проживающим в интернатах, также было предложено оценить условия их пребывания в стационарном социальном учреждении (табл. 3).

Таблица 3

**Оценка клиентами условий пребывания
в стационарном социальном учреждении, %**

№ п/п	Наименование услуги	Полно- стью удов- летворен	Частично удовлетво- рен	Не удов- летворен	Затрудня- юсь отве- тить
1	Условия проживания	82,24	15,34	1,65	0,78
2	Площадь комнаты	78,73	17,86	2,65	0,76
3	Наличие мебели	73,76	21,17	3,95	1,22
4	Наличие бытовой техники	62,1	26,93	8,71	2,25
5	Наличие коммунальных удобств	79,45	14,61	4,15	1,79
6	Питание	80,47	15,38	3,4	0,75
7	Медицинское обслуживание и лечение	69,73	20,34	8,06	1,87
8	Бытовое обслуживание	81,68	12,57	3,31	2,44
9	Качество организации досуга	70,29	20,78	6,19	2,74
10	Отношение персонала к Вам	85,33	12,16	1,34	1,16

Построенные распределения демонстрируют высокую оценку услуг, предоставляемых в стационарных социальных учреждениях. Однако пожилые люди не удовлетворены: недостатком бытовой техники — 8,71 %; медицинским обслуживанием и лечением — 8,06 %; качеством организации досуга — 6,19 %. Данные показатели можно считать критическими. Кроме того, существует проблема невозможности своевременного оказания услуг всем нуждающимся из-за высокой загруженности сотрудников.

Но при этом общая оценка качества услуг, предоставляемых в стационарных учреждениях, высокая — 4,24: «отлично» поставили 36,48 % респондентов; «хорошо» — 51,57 %; «удовлетворительно» — 11,51 %; «неудовлетворительно» — 0,43 %.

По мнению всех групп опрошенных, среди основных причин, препятствующих повышению степени удовлетворенности пожилых клиентов оказываемыми социальными услугами, можно выделить следующие: недостаточная оснащенность материально-технической базы социальных учреждений, высокий уровень загруженности сотрудников и отсутствие необходимого числа специалистов.

Исследование показало, что женщины в большей степени, чем мужчины, нуждаются в социальных услугах, как и потребители, проживающие в сельской местности, в большей степени, нежели горожане.

Однако лишь 4,93 % респондентов указали, что им недостаточно тех услуг, которые предоставляют в учреждениях социального обслуживания населения, 21,85 % считают имеющийся перечень более-менее достаточным.

По понятным причинам подавляющее большинство пожилых людей нуждаются в социально-медицинских услугах (табл. 4).

Таблица 4

**Потребность клиентов
социальных учреждений в услугах, %**

Вид услуг	%
Социально-медицинские	81,31
Социально-психологические	33,89
Социально-педагогические	15,64
Социально-экономические	21,49
Социально-правовые	28,78

Значительная часть респондентов, проживающих в интернатах, указала, что испытывает потребность в санитарно-гигиенических услугах, а именно: во влажной уборке жилой площади (63,78 %); в мытье тела (44,63 %) и головы (39,42 %);

стрижке волос (43,98 %) и ногтей (39,51 %); пересмене постельного (43,41 %) и нательного (38,14 %) белья; сдаче вещей в стирку, химчистку (38,76 %); обработке пролежней и опрелостей (19,34 %).

Отвечая на открытый вопрос: «На Ваш взгляд, что можно сделать для улучшения работы по оказанию социальных услуг населению», опрошенные выразили следующие мнения:

- *«уменьшить количество клиентов у каждого социального работника, чтобы было больше времени на оказание услуги»* (мужчина, 80 лет, г. Качканар);
- *«изменение по квотам медикаментами»* (женщина, 66 лет, г. Качканар);
- *«мужчины — соцработники, медработники на дому (уколы процедуры и т. д.)»* (мужчина, 69 лет, г. Волчанск);
- *«необходима медицинская помощь в виде измерения А/Д и оказания первой помощи»* (мужчина, 64 года, г. Волчанск);
- *«необходимо открыть несколько новых домов для престарелых людей, подумайте, что делать с человеком, который не может встать с кровати и кто за ним может ходить. Ужас, какая жизнь у такого человека, если нет детей и никто о нем не думает»* (женщина, 83 года, г. Екатеринбург);
- *«нужно, чтобы регулярно, хотя бы 1 раз в месяц, приходил медик и 1 раз в году приходили врачи-специалисты (хирург, окулист, невролог и т. д.) и чтобы анализы брали дома»* (женщина, 89 лет, г. Екатеринбург);
- *«приглашать специалистов, парикмахеров, мастеров педикюра, медработников, которые смогут сделать уколы, капельницы, массаж»* (женщина, 85 лет, г. Екатеринбург).

На вопрос: «Что нужно сделать, чтобы улучшить качество обслуживания в стационарных социальных учреждениях», клиенты интернатов написали:

- *«иметь медицинскую лицензию, для того чтобы в штатном расписании были медицинские работники»* (женщина, 90 лет, г. Качканар);

- «медуслуги нужны» (женщина, 69 лет, г. Качканар);
- «научить всех соцработников оказанию первой помощи до прихода “скорой”» (женщина, 71 год, г. Каменск-Уральский);
- «чтоб было медобслуживание» (женщина, 65 лет, р. п. Тугулым);
- «качественное обслуживание медперсонала бесплатно» (женщина, 80 лет, г. Екатеринбург).

Таким образом, существует дифференциация потребностей респондентов в социально-медицинских и санитарно-гигиенических услугах, что в значительной мере определяется состоянием здоровья, условиями проживания и размером дохода пожилых людей.

Безусловно, особого внимания заслуживают все пенсионеры в плане проведения мониторинга состояния здоровья, санаторно-курортного лечения, обеспечения лекарствами и протезно-ортопедическими изделиями. Необходимо улучшать условия проживания в стационарных учреждениях, в том числе для проведения физкультурно-реабилитационных мероприятий с клиентами.

Система социальной помощи, в первую очередь, должна быть направлена на предоставление пожилым людям наиболее востребованных социально-медицинских и социально-гигиенических услуг. Это позволит улучшить их психофизиологическое и эмоциональное состояние, достойно прожить им свою старость.

В целом развитие системы социального обслуживания должно предусматривать оснащение оборудованием мобильных выездных социальных бригад и поликлиник, совершенствование инновационных форм социальных услуг как в городе, так и в сельской местности. Необходимо добиваться оказания клиентам социальных учреждений качественных услуг, включая социально-медицинские.

Глава 5

КОМПЛЕМЕНТАРНЫЕ И АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ПРАКТИКИ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Развитие медицины происходило на протяжении многих тысячелетий. Уже в Древности начался процесс рационализации и профессионализации медицины, который закономерно сопровождался ее специализацией и дифференциацией. Дальнейший период многовекового сосуществования и взаимодействия официальной и народной медицины отражает уровень развития естественно-научных и гуманитарных знаний, общей культуры традиционного и модернизированного социума.

Проведенный анализ документов Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ), Министерства здравоохранения РФ и публикаций исследователей⁶⁰ позволяет выделить основные виды медицины (табл. 5).

⁶⁰ См.: *Василенко А. М.* Комплементарная медицина: вопросы терминологии и классификации [Электронный ресурс]. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/komplementarnaya-meditsina-voprosy-terminologii-i-klassifikatsii> (дата обращения: 11.08.2016); *Гурижева М. И., Ханикова Х. М., Ермолаева Е. В.* Роль нетрадиционных методов лечения в современном обществе [Электронный ресурс]. URL: <http://medconfer.com/node/5604> (дата обращения: 11.08.2016); Общее руководство по методологиям научных исследований и оценке народной медицины. Женева, 2000; Пекинская декларация. Принята участниками Конгресса ВОЗ по народной медицине, Пекин, Китай, 8 ноября 2008 г. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationRU.pdf (дата обращения: 11.08.2016); *Петрова А. С.* Медицина традиционная и нетрадиционная [Электронный ресурс]. URL: http://bd.fom.ru/report/map/finfo/finfo2002/453_9152/of022701 (дата обращения: 11.08.2016); Стратегия ВОЗ в области народной медицины 2002–2005 гг. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/publications/>

Классификация медицины

Вид	Общая характеристика
Общепринятая (официальная, ортодоксальная, академическая) медицина	Система научных знаний и практических мер, нацеленных на диагностику, лечение и профилактику заболеваний, облегчение страданий от физических и психических недугов, сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности людей, продление жизни
Доказательная медицина	Медицинская практика, при которой решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются с учетом имеющихся доказательств их эффективности и безопасности
Традиционная медицина	1) Совокупность знаний и навыков, основанных на практике и наблюдениях, передающихся из поколения в поколение в письменной или устной форме, которые могут не иметь научного или логического объяснения, используемых в процессе профилактики, диагностики, лечения заболевания и реабилитации; 2) Системы народной медицины (например, традиционная китайская медицина, индийская Аюрведа, арабская медицина унани и др.) и различные формы медицины коренных народов
Народная медицина	Общий итог накопленных знаний, верований и навыков, основанных на теории, убеждениях и опыте коренных народов и представителей различных культур, независимо от того, можем мы их объяснить или нет, которые используются для поддержания здоровья, а также для профилактики, диагностики и улучшения состояния при физических и психических расстройствах. Холизм есть основной элемент всех систем народной медицины

list/who_edm_trm_2001_1/ru/ (дата обращения: 11.08.2016); Традиционная медицина: политика и практика профессионализации / под ред. Е. Р. Ярской-Смирновой. М., 2011; Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 11.08.2016); Easthope G. Alternative medicine [Электронный ресурс] / G. Easthope. URL: http://lib.oup.com.au/he/health/germov5e/ch17_3.pdf (дата обращения: 11.08.2016); и др.

Вид	Общая характеристика
Нетрадиционная медицина	Собирательное название методов, претендующих на способность лечить (или предупреждать) болезни, эффективность и безопасность которых не была доказана научным методом. Например, гомеопатия, акупунктура и натуропатия — лечебные практики, основанные на знаниях человеческого организма, протекания болезней и их лечения, которые отличаются от утвердившихся в общепринятой медицине
Альтернативная медицина	Разновидность нетрадиционной медицины, применяемая вместо стандартных общепринятых медицинских процедур и обеспечивающая пациентам получение более сострадательной, персонализированной и всесторонней медицинской помощи
Комплементарная (дополнительная) медицина	Утвердившиеся в культурных традициях, широко распространенные, имеющие опыт практического применения лечебно-профилактические системы и методы и развитые на их основе современные медицинские технологии, используемые в дополнение к общепринятой, доказательной медицине

Очевидно, что дефиниции являются продуктом исторического развития медицины и, как правило, соотносятся с «западными биомедицинскими истинами». При этом термины «традиционная медицина», «народная медицина», «нетрадиционная медицина», «альтернативная медицина», «дополнительная медицина» и «комплементарная медицина» не имеют однозначных трактовок, отличаются смысловым дуализмом, некоторые из них иногда используются как взаимозаменяемые⁶¹.

⁶¹ См.: Gale N. The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative medicine // Social Compass. 2014. Jun. 8(6). P. 805–822 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4146620/> (дата обращения: 11.08.2016); Renaldi A., Shetty P. Traditional medicine for modern times: Facts and

В зарубежной науке и системе управления здравоохранением чаще всего употребляется словосочетание «комплементарная и альтернативная медицина» (КАМ), что отражает тенденцию к интеграции медицинских практик⁶².

На микроуровне социологи изучают индивидуальный и социальный смыслы здоровья и болезни, роль КАМ в повседневной жизни людей, влияние религии и официальной системы здравоохранения на использование индивидами услуг КАМ и др. На макроуровне социологи рассматривают вопросы возникновения и распространения КАМ, ее профессионализацию и преимущества, формирование КАМ как социального движения и др.⁶³

Историко-социологический экскурс позволит глубже понять генезис и характер востребованности практик КАМ в (пост)современном обществе.

Изначально исцеление людей от болезней и ран основывалось на примитивных знаниях о человеческом теле и особенностях его жизнедеятельности. Постепенно возникает народная медицина как совокупность целесообразных приемов лечения, выработанных стихийным опытом поколений. Одним из первых способов врачевания стала магия (от греч. *μαγεία* — колдовство, чародейство), объединяющая представления и обряды, в основе которых лежит вера в возможность воздействия на людей, животных, предметы и явления объективного мира особыми способами, отличными от повседневной практической деятельности⁶⁴.

Необходимо учитывать специфику колдовства — занятия магией как ремеслом, при котором колдун заявляет о контакте со

figures [Электронный ресурс]. URL: <http://www.scidev.net/global/medicine/feature/traditional-medicine-modern-times-facts-figures.html> (дата обращения: 11.08.2016).

⁶² См.: Традиционная медицина: политика и практика профессионализации; The encyclopedia of Complementary and Alternative Medicine [Электронный ресурс]. URL: http://www.e-reading.by/bookreader.php/136376/The_Encyclopedia_of_Complementary_and_Alternative_Medicine.pdf (дата обращения: 11.08.2016).

⁶³ Stratton T. D., McGivern-Snofsky T. D. Toward a Sociological Understanding of Complementary and Alternative Medicine Use // The J. of Alternative and Complementary Medicine. 2008. Vol. 14, Nr. 6. P. 778.

⁶⁴ См.: Религиоведение : [учеб. пособие и учеб. словарь-минимум по религиоведению]. М., 1998. С. 404.

сверхъестественными силами. Магические действия невозможны без веры. Французский антрополог К. Леви-Строс выделил следующие виды такой веры:

- 1) вера колдуна в действенность своих приемов;
- 2) вера больного в могущество колдуна;
- 3) доверие общества и его требования, создающие «гравитационное поле», внутри которого складываются взаимоотношения «магическо-социальной системы»⁶⁵.

Очевидно, что магия имеет религиозный характер и использует разнообразные средства: слова (вербальная магия) и звуки, жесты и предметы. Лечебная магия послужила основой для формирования знахарства, представляющего собой комплекс следующих элементов⁶⁶:

- 1) выделившихся в общине специалистов (колдунов и знахарей, впоследствии — жрецов и лекарей), знакомых со средствами народной медицины;
- 2) соединение этих средств с магическими приемами и заговорами;
- 3) представление о материальной причине внутренней болезни по аналогии с инородным предметом, попавшим в тело.

С точки зрения целевого вектора, лечебная магия является «белой» — полезной, в свою очередь вредоносная — «черной».

По мнению Дж. Дж. Фрезера⁶⁷, следует различать позитивную (колдовство) и негативную (табу) магию. Цель позитивной магии — сделать так, чтобы желаемое событие произошло, а цель негативной — поступить так, чтобы нежелательное событие не произошло.

Жизнеспособность и устойчивость лечебной магии обусловлены эффектом психотерапевтического воздействия на индивида, страдающего от недуга. По свидетельству А. П. Элкина, австралийские аборигены работают как психологи и избавляют пациента

⁶⁵ *Леви-Строс К.* Структурная антропология / пер. с фр. М., 2001. С. 172, 189.

⁶⁶ См.: *Токарев С. А.* Ранние формы религии. М., 1990. С. 107.

⁶⁷ *Фрэзер Дж. Дж.* Золотая ветвь / пер. с англ. М. К. Рыклина. 2-е изд. М., 1984. С. 27.

от анимистической причины болезни, приводя в случае необходимости вещественные свидетельства этого в виде крови, камней или костей или делая вид, что отбросили эту причину⁶⁸.

По общей направленности выделяют два основных вида лечебной магии:

– защитная (оборонительная, апотропетическая — отгоняющая, профилактическая). Например, сохранились сведения о заболевании и порядке лечения древнеегипетской женщины: она страдала болезнью глаз, так что почти ничего не видела, и жаловалась на боли в шее. Был поставлен диагноз («Глаза поражены выделениями из вульвы») и предложен рецепт, учитывавший возраст пациентки и время года: «Окуривание благовониями и свежим маслом; окуривание вульвы. Окуривайте глаза ступней пчелоеда, а потом дайте больной съесть сырую печень осла»⁶⁹;

– агрессивная (протрепетическая). Примером может служить Аюрведа — традиционная система индийской медицины, в которой активно используются различные лекарственные средства растительного, животного и минерального происхождения (включая, возможно впервые, лишайник со свойствами антибиотика).

По количеству участников лечебная магия подразделяется на индивидуальную, групповую и массовую. Известно, что в Древней Греции медицине покровительствовал Аполлон. В инкубациях, святилищах его сына Асклепия, осуществлялось религиозное лечение: паломники проводили в них ночь и сообщали жрецу увиденный ими сон. Исходя из этого, им рекомендовалось лечение — молитвы, жертвоприношения и т. д. По сути, «священный сон» и последующее возможное выздоровление представляли собой мистерию смерти и возрождения. Хотя сакральное целительство было опасным в условиях эпидемий, полагали, что их посылал сам Аполлон, поэтому и за их прекращением обращались

⁶⁸ Элкин А. П. Австралийские аборигены // Магический кристалл: Магия глазами ученых и чародеев. М., 1992. С. 128–178.

⁶⁹ Морэ А. Нил и египетская цивилизация / пер. с англ. Т. Е. Любовской. М., 2007. С. 455.

к нему, в результате неизбежное при всенародных молитвах скопление людей лишь увеличивало число заболевших⁷⁰.

По механизму воздействия магию классифицируют на следующие виды:

1) контактная — магическая сила передается/придается человеку путем непосредственного взаимодействия с носителем магической силы — ношение талисманов, употребление снадобий и т. п. Так, древние римляне употребляли различные травы, мази и лекарства в виде пилюль. Конечно, «в Риме было немало хороших врачей. Однако население зачастую относилось к лекарскому сословию с недоверием и неприязнью. Среди причин — применение медиками подчас новых, еще не известных методов лечения, лекарств и процедур»⁷¹;

2) инициальная — при магической манипуляции производится только начало желаемого действия, а окончание его возлагается на магическую силу. Согласно «покаянным книгам» даже после христианизации в средневековой Европе практиковались целительные обряды языческой традиции: страдающих лихорадкой детей женщины сажали на крышу, обрызгивали кипятком, слабых и недоношенных новорожденных клали на печную заслонку и трижды с заклинаниями засовывали в хлебную печь (обряд «допекания»). Но при этом совершение обрядов подкреплялось обращениями к Христу, Богоматери и святым, чтением молитв, использованием крестного знамения⁷²;

3) парциальная (контагиозная) — магические манипуляции производятся с частью объекта или с его заменителем (частью одежды, волосами, обрезанными ногтями и т. п.). Печально известная кампания «охоты на ведьм» приходится на период Позднего Возрождения и начала Просвещения. В числе репрессированных лишь малую часть составили женщины, действительно занимавшиеся знахарством и использовавшие для излечения (не

⁷⁰ Зелинский Ф. Ф. История античной культуры. 2-е изд. СПб., 1995. С. 88.

⁷¹ Винничук Л. Люди, нравы и обычаи Древней Греции и Рима / пер. с пол. В. К. Ронина. М., 1988. С. 246–247.

⁷² Гуревич А. Я. Медицина [Электронный ресурс]. URL: <http://www.fedy-diary.ru/html/032011/13032011-05a.html> (дата обращения: 11.08.2016).

порчи!) больных парциальную магию. В результате преследований погибли тысячи невинных жертв: подавляющее большинство осужденных и казненных «дочерей дьявола» совершенно не разбирались в тонкостях лечебных и вредоносных ритуалов;

4) имитативная магия предполагает провоцирование желаемого на основании образно-символического сходства с магическим действием. Так, способы имитативной магии наши соотечественники в прошлом применяли при лечении сыпи, нарывов, ячменя, зубной боли: «как у мертвяка зубы не болят — так у меня не боли», «как зерно сгорает в огне — так исчезнет ячмень из глаз» и т. д.⁷³

В технологическом плане выделяют следующие виды лечебной магии:

1) катартическая (очистительная) магия заключается в очищении тела от проникших туда злых влияний посредством ритуального окуливания или омовения, поста и т. д. Например, сборник обрядов русского народа, изданный в XIX в., содержит следующий «совет»: «Аще человек чахнет, ходячи, не оживает, ни умрет, в... день зарезати корова, да лести на локтях в брюхо до горла и минет болезнь»⁷⁴;

2) гомеопатическая магия получила широкое распространение в Новое и Новейшее время. Сторонники ее основного принципа («вытеснение подобного подобным») считают, что гомеопатия помогает выявить и скорректировать причины заболевания, нейтрализовать его симптомы и укрепить деятельность всего организма в целом. Для того чтобы природное вещество стало гомеопатическим лекарством, его следует особым образом приготовить — многократно развести, а затем усилить эффективность благодаря тщательному растиранию либо встряхиванию, которое происходит после каждого этапа разведения. Благодаря такому приготовлению из лекарственных веществ высвобождается

⁷³ Мchedлов М. П. Магия [Электронный ресурс]. URL: <http://ponjatija.ru/node/12576> (дата обращения: 11.08.2016).

⁷⁴ Русский народ. Его обычаи, обряды, предания, суеверия и поэзия / собр. М. Забылиным. Симферополь, 1992. С. 420.

особенная сила, оказывающая исцеляющее воздействие⁷⁵. Однако ВОЗ обоснованно предостерегает от гомеопатического лечения инфекционных и любых других серьезных заболеваний.

Суммируя результаты исследований лечебной магии, можно представить ее классификацию в виде таблицы (табл. 6). Отметим, что разновидности магии не исключают, а дополняют друг друга, поскольку многие магические действия носят сложносоставной характер и не могут быть описаны с точки зрения какого-либо одного критерия.

Таблица 6

Виды лечебной магии

№ п/п	Критерий	Виды
1	Общая направленность	Оборонительная (апотропетическая — отгоняющая, профилактическая), агрессивная (протрепетическая)
2	Количество участников	Индивидуальная, групповая, массовая
3	Механизм воздействия	Контактная, инициальная, парциальная, имитативная
4	Технология	Гомеопатическая, катартическая

Можно согласиться с выводом польско-британского антрополога Б. Малиновского, который утверждал: «Магия дает человеку ряд готовых ритуальных актов и стандартных верований, оформленных определенной практической и ментальной техникой. Тем самым как бы воздвигается мост через те пропасти, которые возникают перед человеком на пути к его важнейшим целям, преодолевается опасный кризис. Это позволяет человеку не терять присутствие духа при решении самых трудных жизненных задач; сохранять самообладание и целостность личности, когда подступает приступ злобы, пароксизм ненависти, безысходность отчаяния и страха. Функция магии заключается в ритуализации

⁷⁵ Гомеопатия [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rasteniya-lecarstvennie.ru/17487-gomeopatiya-cto-eto-takoe-prostymi-slovami-gomeopatiya-pri-grippe-i-orvi.html> (дата обращения: 11.08.2016).

человеческого оптимизма, в поддержании веры в победу надежды над отчаянием. В магии человек находит подтверждение того, что уверенность в своих силах, стойкость в испытаниях, оптимизм одерживают верх над колебаниями, сомнениями и пессимизмом»⁷⁶.

Сциентизация медицины должна была гарантировать преодоление недугов. По словам М. Фуко, «фантастическая связь знания и страдания, далекая от того, чтобы быть разорванной, обеспечивалась более сложным образом, чем просто воображением: наличие болезней в теле, его напряжение, жар, тайный мир внутренних органов»⁷⁷.

Очевидно, что лечебная магия, сочетающая рациональные и иррациональные средства и методы, послужила «питательной средой» для формирования и развития практик КАМ. В Африке, Азии, Латинской Америке и на Ближнем Востоке 70–95 % населения по-прежнему используют их для первичной медицинской помощи и около 100 млн человек применяют эти практики в Европейском союзе⁷⁸.

Специалисты⁷⁹ выделяют ряд причин для роста спроса на КАМ в (пост)современном обществе (см. рисунок). Следствием

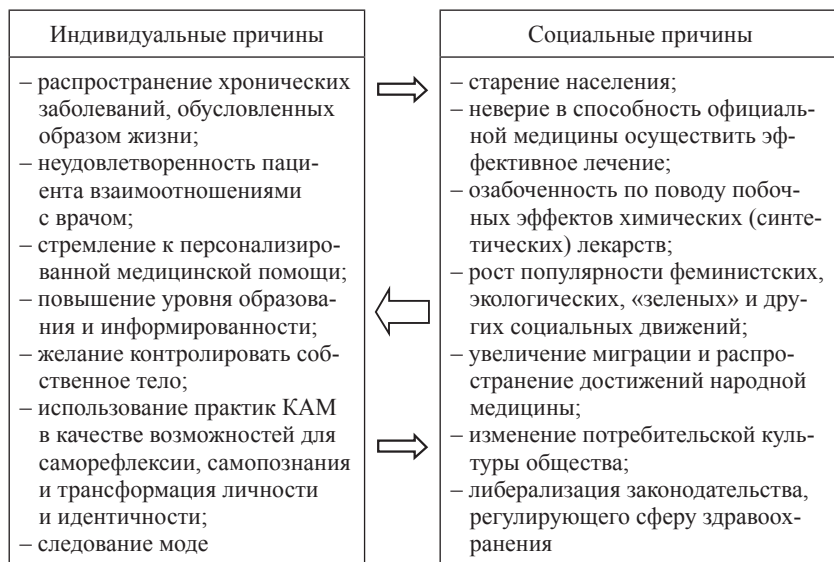
⁷⁶ Малиновский Б. Магия, наука и религия // Магический кристалл. С. 99.

⁷⁷ Фуко М. Рождение клиники [Электронный ресурс]. URL: http://royallib.com/book/fuko_mishel/rogdenie_kliniki.html (дата обращения: 11.08.2016).

⁷⁸ См.: Renaldi A. Op. cit.; Tovey Ph. and other. Use of Traditional Medicine and Globalized Complementary and Alternative Medicine Among Low-Income Cancer Service Users in Brazil [Электронный ресурс]. URL: <http://ict.sagepub.com/content/5/3/232.full.pdf+html> (дата обращения: 11.08.2016); Traditional Medicine [Электронный ресурс]. URL: http://www.allcountries.org/health/traditional_medicine.html (дата обращения: 11.08.2016).

⁷⁹ См.: Традиционная медицина: политика и практика профессионализации; Coulter I. D., Willis E. M. The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective [Электронный ресурс]. URL: https://www.mja.com.au/system/files/issues/180_11_070604/cou10061_fm.pdf (дата обращения: 11.08.2016); Nissen N. Challenging perspectives: women, complementary and alternative medicine, and social change [Электронный ресурс]. URL: <http://www.interfacejournal.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/12/Interface-3-2-Nissen.pdf> (дата обращения: 11.08.2016); Wachtel-Galor S., Benzie I. F. F. Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92773/> (дата обращения: 11.08.2016).

интереса к КАМ за рубежом является ускорение процесса ее институализации и интеграции в общенациональные системы здравоохранения.



Причины роста спроса на КАМ в (пост)современном обществе

Обычно в периоды резких социальных изменений в обществе возрастает интерес к необычному, сверхъестественному. В недавнем прошлом миллионы советских людей усаживались перед телевизорами во время трансляций сеансов А. Кашпировского и/или А. Чумака и ожидали чуда. В наши дни большое число россиян знакомятся в Интернете с информацией, размещенной на специализированных сайтах — «Всенародная медицина», «Ключ здоровья. Алтайские травы», «Проверено веками», «Likarinfo» и др. Постоянные читатели «Тайной власти», «Оракула», «Третьего глаза» и т. п. изданий чувствуют себя плохо в соответствии с предсказаниями гороскопов.

Как показали результаты общенационального опроса (1500 респондентов), проведенного фондом «Общественное мнение» (ФОМ) в 2002 г.⁸⁰, 26 % респондентов прибегали к услугам нетрадиционной медицины — обращались к народным целителям, врачам-травникам, экстрасенсам и др. Но только 9 % опрошенных доверяют ей больше, чем традиционной медицине, тогда как последней отдают предпочтение 70 % опрошенных.

Немногочисленные поклонники альтернативной медицины обосновывают свое доверие к ней примерами из личного опыта (5 %): *«на себе испытал положительное действие»*; *«они оказывают помощь там, где врачи бывают бессильны»*; *«помогла бабушка»*. Они убеждены в том, что нетрадиционная медицина, в отличие от традиционной, *«безвредна»* (3 %): *«пожевал травки — и все прошло, а таблетку выпил — почки отстегнулись»*; *«она меньше наносит вреда здоровью, в ней меньше химии»*. И вообще, *«все болезни — от головы»*, поэтому *«сначала надо лечить душу, а потом — тело»*, а *«психику лечат нетрадиционными методами»*.

При этом 10 % опрошенных считают всех, практикующих нетрадиционные методы, *«шарлатанами»*, а обращение к ним — *«грехом»* (*«в нетрадиционной — одни жулики»*; *«колдунов боюсь»*; *«я не верю в чудеса»*; *«да все эти экстрасенсы — обманщики»*).

Материалы других проектов ФОМ (53 субъекта РФ, 104 населенных пункта, 1500 респондентов)⁸¹ свидетельствуют о том, что если в 2014 г. к услугам нетрадиционной медицины прибегали 9 % респондентов, то в 2015 г. — 18 %, вместе с тем зафиксировано снижение доверия к представителям этой сферы с 7 % до 4 %.

Согласно результатам всероссийских опросов ВЦИОМ 2006–2015 гг. (личное формализованное интервью 1600 человек в 130 населенных пунктах в 46 областях, краях и республиках России в возрасте от 18 лет и старше, выборка, репрезентативная по полу,

⁸⁰ См.: Петрова А. С. Указ. соч.

⁸¹ Как россияне лечатся [Электронный ресурс]. URL: <http://fom.ru/Zdorove-i-sport/12348> (дата обращения: 11.08.2016).

возрасту и образованию, статистическая погрешность не превышает 3,5 %) к народным целителям и нетрадиционной медицине обращаются всего 1–2 % респондентов⁸².

По данным регионального социологического исследования, проведенного И. Н. Шерер в начале 2000-х гг.⁸³, выяснено, что основными причинами обращения за услугами альтернативной медицины являются: а) негативный опыт лечения в официальных лечебно-поликлинических учреждениях; б) рекомендации лечащего врача; в) прошлый положительный опыт лечения методами альтернативной медицины. Типичным потребителем услуг альтернативной медицины является женщина в возрасте от 40 лет и выше, со средним доходом от 3000 руб. на члена семьи в месяц, одинокая или из неполной семьи.

Проведенное в 2002 г. социологическое исследование в городах Свердловской области подтверждает данные, полученные в ходе всероссийских и региональных опросов: только 2 % респондентов применяют нетрадиционные методы, предлагаемые восточной медициной и различными целителями⁸⁴. Среди них женщин в 2 раза больше, чем мужчин. Подавляющая часть респондентов находится в возрасте 25–29 лет и 55–59 лет. Чаще всего эти люди называли методики Шаталовой, Иванова и Норбекова.

Особое внимание привлекает информация об анонимном исследовании научного центра РАМН: «80 % пациентов обращались к целителям и колдунам, нетрадиционные методы никому не помогли, а некоторым стоили жизни. Наиболее страшные случаи,

⁸² Доступность и качество российского здравоохранения [Электронный ресурс]. URL: <http://wciom.ru/index.php?id=236&uid=115370> (дата обращения: 11.08.2016).

⁸³ Шерер И. Н. Социальный статус альтернативной медицины в современной России: на материале Волгоград. обл. : автореф. дис. ... канд. социол. наук. М., 2004.

⁸⁴ Меренков А. В. Ориентации на самостоятельную деятельность по сохранению здоровья у различных групп населения // Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы : тез. докл. и выступлений на II Всерос. социол. конгрессе : в 3 т. М., 2003. Т. 3. С. 41.

когда, послушавшись иных советчиков, раковые больные во время планового курса химиотерапии применяли токсические яды аконита — растения семейства лютиковых»⁸⁵. Сочувствуя жертвам некавалифицированного лечения, следует все же признать недо-стоверной цифру 80 % — она противоречит материалам других подобных исследований и здравому смыслу: вряд ли 4/5 сообщества пациентов действительно являлись потребителями услуг КАМ. Вероятно, люди занимаются самолечением — самостоятельно применяют средства народной медицины.

Основанием для обращения к целителям служат не только реальные или мнимые болезни пациентов, но и медицинские верования. Под ними понимаются распространенные в определенном обществе когнитивные верования (убеждения) и поведенческие установки, касающиеся причин и условий болезни и здоровья⁸⁶. Разнообразие медицинских верований, характерных для развитых обществ, весьма велико. Так, наряду с распространенными представлениями о связи хронических болезней со стрессами и психоэмоциональными потрясениями, укорененными в некоторых идеях научной медицины (не обязательно верных), среди представителей образованных слоев можно встретить и медицинские убеждения о космических и метафизических причинах болезней (нарушенных энергетических каналах, «забитых» чакрах и т. п.).

Если представитель нетрадиционной медицины дает «шанс» на исцеление больному человеку, то, как правило, он стремится его использовать. Пациента вне зависимости от его материального положения и социального статуса не смогут остановить ни советы близких, ни рекомендации врачей, ни общественное мнение. Это явление основано на вере в исцеление.

⁸⁵ Прилепина О. Чем опасна «народная медицина»? // Рос. газ. 18.05.2007 [Электронный ресурс]. URL: <https://rg.ru/2007/05/18/znahar.html> (дата обращения: 11.08.2016).

⁸⁶ См.: Медицинские верования [Электронный ресурс]. URL: http://www.glossary.ru/cgi-bin/gl_art2.cgi?qqtbneo (дата обращения: 11.08.2016).

Безусловно, современные целители представляют собой специфическую социальную группу⁸⁷. Е. В. Черносивтов называет целителей «психически больными субъектами, содержание бреда которых “превращает” их в “лекарей”, способных по фотографии вылечить за один час любое заболевание — от рака до СПИДа, продлить молодость и жизнь»⁸⁸.

Вынося за скобки резкость суждений ученого, рассмотрим подробнее деятельность екатеринбургских целителей⁸⁹. В 2006 г. они были опрошены посредством индивидуального, очного, полустандартизированного интервью в рамках пилотажного исследования⁹⁰ (табл. 7).

Первой опрашивалась Римма Анатольевна, которая в прошлом была работницей на Уралмашзаводе, ныне — пенсионерка. Официальной медицине она не доверяет и не использует ее методы, занимается лечением «негласно».

На момент интервью в квартире Риммы Анатольевны не было посетителей. На просьбу рассказать о своем «ремесле», она откликнулась неохотно, потом разговорилась: *«Я всегда мечтала узнать секреты и методы лечения нетрадиционным путем. И судьба свела меня с человеком, который мне их передал. Он был мне не родственник, ему нужно было просто кому-то передать свои знания. И я начала лечить»*.

Суть ее метода лечения заключается в следующем: *«Я беру в церкви святую воду и наговариваю ее “сильными” молитвами, положив в нее большой церковный крест, который мне достался от моего “учителя”. Хожу в церковь, ставлю свечку иконе*

⁸⁷ См.: Волкова О. А. Целители как специфическая социальная группа [Электронный ресурс]. URL: http://ecsocman.hse.ru/data/517/634/1219/Volkova_12.pdf (дата обращения: 11.08.2016); Традиционная медицина: политика и практика профессионализации; Ярская-Смирнова Е. Р., Григорьева О. «Мы — часть природы...». Социальная идентификация народных целителей // Журн. социологии и социал. антропологии. 2006. Т. 9, № 1 (34). С. 151–170.

⁸⁸ Черносивтов Е. В. Социальная медицина : курс лекций. М., 2002. С. 75–77.

⁸⁹ Калетинская А. В., Левченко И. Е. Екатеринбургские целители: штрихи к портрету // Уральская семья : сб. науч. тр. Екатеринбург, 2008. Вып. 3. С. 120–133.

⁹⁰ Интервьюер — А. В. Калетинская, руководитель проекта — И. Е. Левченко.

“Святая Троица”, молюсь за него. Это основа моего метода. Если вы устали от тяжелого дня и общались со многими, которые могли вас сглазить, примите души и прочитайте любую молитву (например, “Отче наш”). Также наговариваю молитвы на сахар, который человек должен съесть; на яйцо, которое сжигаю в русской печи. У меня есть сад, находящийся далеко от толпы людей, где тишина и покой и где я провожу ритуал лечения с больным или без больного. Обязательным условием моего лечения является то, что человек должен быть крещеным и христианской веры, так как я сама христианка».

Таблица 7

Екатеринбургски целители

№ п/п	Имя	Социально-демографические данные	Перечень услуг	Наличие разрешения на занятие народной медициной
1	Римма Анатольевна	Образование среднее, 56 лет, замужем, имеет сына	«Лечу детей от испуга, лечу грыжу, сглаз, снимаю порчу, лечу импотенцию, нервное состояние»	Нет
2	Виктор	Образование среднее специальное, 54 года, женат, имеет двух дочерей	«Детские болезни — это испуг (и внутриутробный и приобретенный в жизни ребенка), заикание, грыжу, речевое торможение, детский энурез, астму, родовые травмы; а также сглаз, сколиоз, ревматизм, остеохондроз, бесплодие, импотенцию, головные боли»	Нет
3	Игорь	Образование высшее, 35 лет, холост	«Лечу только психические болезни, помогаю решить психологические проблемы, а на физическом плане я только диагностирую, так как не имею физической возможности лечить из-за моей инвалидности»	Есть
4	Татьяна	34 года, замужем, имеет сына 8 лет	«Лечение позвоночника и связанные с этим заболевания, ожирение, заикание, кармические болезни»	Есть

Римма Анатольевна подчеркнула: *«Я верю в Бога и в эффективность своего лечения, так как все делаю с Божьей помощью. И Библия у меня дома есть»*. Однако с православной точки зрения лечение нетрадиционной медициной — это введение людей в заблуждение, искушение, потому что только Бог обладает чистой сверхъестественной силой и может излечить человека.

Помимо медицинской практики она *«наговаривает воду на удачу в делах, на хорошее отношение людей к Вам, на любовный успех. На все, что интересует человека, если его желание не принесет вред окружающим»*. По ее мнению, целительству *«научиться нельзя, так как это передается только по крови своим детям»*, что противоречит ее собственному опыту: *«У сына нет предрасположенности к этому»*.

Из «коллег» Римма Анатольевна встречалась только с тем, кто передал ей дар лечения. Она заявила: *«Знаю известную целительницу Анну Кирьянову, ее метод схож с моим, поэтому отношусь к ней положительно. Отличается от меня она тем, что имеет свою клинику, лечение ее дорогостоящее (минимальная цена 1000 р. за сеанс) и обязательна предварительная запись»*.

Римма Анатольевна сообщила: *«Никакой рекламы у меня нет. Лечу всех, кто пожелает воспользоваться моей помощью, но смотрю на внешний вид, на опрятность, порядочность человека. Если он мне не понравился, могу ему отказать»*.

Она реалистично отреагировала на вопрос «Можете ли Вы вылечить инсультного больного?»: *«Нет, это бесполезно, нужно было обращаться заранее, тогда я смогла бы ему помочь»*. Целительница спокойно относится к скептическим оценкам своих методов (*«Это их право»*).

Размер вознаграждения с клиентами не обсуждается: *«Дают, кто сколько может. Приносят и деньги, и продукты. Но в основном деньги (примерно одно лечение получается около 500 рублей)»*.

Показателен ее ответ на вопрос «Как изменилась Ваша жизнь после того, как вы начали заниматься лечением?»: *«Чувство благодарности больных придало жизненных сил, а в принципе, жизнь не изменилась»*.

Виктор, второй целитель (работающий, по его признанию, сторожем в пожарной части), проводил «прием» в кабинете директора одного из детских магазинов по выходным. Нужно отметить, что в душном темном коридоре была довольно большая очередь — «пациентам» приходилось долго стоять, мешая сотрудникам торгового учреждения.

Виктор согласился на интервью с некоторым недоверием и рассказал следующее: *«Моя бабушка, которая лечила меня с детства, перед смертью передала мне все свои знания: молитвы и секреты мануальной терапии (вправление костей, хрящей, позвонков с применением силы). Сначала она научила мою сестру, но сестра умерла, и мне пришлось самому учиться лечить людей».*

Он полагает: *«Российская медицина, конечно, отстает от западной медицины, но она все же оказывается эффективной. Я, например, иногда своих пациентов отправляю к тому или иному доктору, так как их болезни требуют вмешательства официальной медицины».*

Собственную методику лечения он охарактеризовал так: *«Я лечу с помощью религии и веры в Бога, Часто хожу в церковь. Знаю Библию. <...> Я работаю с помощью церковной свечи — крещу ей человека и читаю молитву, соответствующую исцелению его болезни. Для этого мне нужно знать его имя, возраст и знак зодиака. Обязательным условием для взрослого больного является принятие обряда крещения, для детей — необязательно. С помощью свечки определяю, поддается или не поддается моему лечению болезнь (это определяется по количеству темного напыла на свече. В процессе лечения “чернота” исчезает и воск становится светлым). Также, по мере необходимости или если есть жалобы, с помощью мануальной терапии вправляю позвоночник, каждый сеанс по позвонку; ставлю на место кости, неправильно сросшиеся после переломов. В заключение своего лечения я делаю оберег для человека с помощью цепочки с крестиком и соответствующих молитв».*

Виктор подчеркнул: *«В первую очередь, я снимаю порчу, если она есть (также свечкой и молитвой). Только после этого*

начинаю лечить. Ведь порчу могут навести и сглазом, и завистью, и злобой. Иногда людям приходится приходиться ко мне до 10 раз, кому-то хватает 3–4 раз». И при этом отметил: «А предсказывать будущее я не умею».

Круг «пациентов» целителя пополняется за счет знакомых и родственников, которым помогло лечение, иногда его рекомендуют покупателям продавцы магазина. Один сеанс лечения стоит 150 рублей для взрослых, для детей — бесплатно.

Виктор резюмировал: *«Я познакомился со многими людьми, свободного времени практически не бывает. Вечерами иногда не могу отойти. Очень много людей приходится лечить».*

Третий целитель вел прием в квартире, где шел ремонт. Над открытой дверью висела рекламная табличка, в коридоре размещался кабинет с уютной мебелью и иконами на стенах. Людей в помещении было не очень много, в основном женщины. Целитель, сидевший в инвалидном кресле, представился Игорем. Он совершенно спокойно согласился на интервью, которое прошло в очень доброжелательной обстановке.

В самом начале беседы он сказал: *«В моей жизни была автомобильная авария, которая приковала меня к креслу, но после нее я ощутил возможность чувствовать иные миры, общаться с космосом, с инопланетными существами, видеть людей изнутри, их органы, позвоночник, душу, их прошлые жизни, вообще, их сущность. Естественно, мне захотелось помочь людям».*

Его кредо: *«Я верю в высшую силу, которая правит миром. Читал Библию, Коран. Но мне кажется, что в них многое искажено от реальных событий и многое мы еще не научились в ней понимать (тайная информация, которая находится “между строк”»).*

Ранее Игорь работал программистом и занимался росписью икон, он утверждает: *«Я много читаю, и поэтому обладаю какой-то медицинской информацией. Но на практике применяю все же свое умение».*

Его метод заключается *«в рассмотрении позвоночника человека и чакр. Если в одной из них есть дисгармония, значит,*

в органе, на который она влияет, есть болезнь. Если какой-то позвонок расположен неправильно, смотрю, где в организме это имеет болезненное отражение. Такую диагностику можно провести не обязательно при личном общении с больным, ее можно сделать по фотографии или через человека, который знает больного. Диагноз будет тот же самый, что и при личном контакте, может быть, только без эмоциональной окраски».

Целитель так определяет спектр своих возможностей: «В основном я диагностирую болезни и отправляю к определенному врачу. А насколько мой диагноз точен, человек может узнать у доктора. Чтоб не быть голословным, приведу пример. Привели родители годовалую девочку. Жалобы на беспокойный сон, плохой аппетит, гиперактивность. Врачи ставят диагноз нехватка кислорода во внутриутробном периоде и внутричерепное давление. Я вижу, что это — следствия сильной родовой травмы. Повреждены шейные позвонки. Совет — нужно вправлять позвонки и все пройдет. Родители не послушали меня, сделали рентген позвоночника, им посоветовали то же самое. Исправляю я все-таки психологические проблемы путем внушения, убеждения, разными психологическими методиками (не гипнозом, не НЛП)».

Деятельность целителя определяется потребностями пациентов: «А так как моими клиентами являются в основном женщины, очень много просьб относительно налаживания личной жизни. Также есть категория людей, которые интересуются вопросами бизнеса. Им я также могу помочь. Такие вопросы связаны с отношениями людей между собой, и можно увидеть, как они относятся друг к другу, как взаимодействуют их души и взаимодействовали в прошлых жизнях. Иногда я вижу, что человек представляет собой через призму своих воплощений на земле очень отрицательного субъекта. Но я не должен позволять своим эмоциям выходить наружу, так как у него нет моих способностей, мне нужно быть терпеливым».

По его мнению, для такого рода практики, «конечно, нужно иметь природную предрасположенность, как развитое чувство

интуиции, знание людей»: «С этими данными можно легко научиться видеть органы и души людей. Могу вам порекомендовать некоторую литературу: Антарова “Две жизни”, произведения Ричарда Баха, Армаяна Анванхова “Музыка ветров”, Ченелинга “Исход”».

Вместе с тем Игорь считает, что если в российской официальной медицине заняты профессионалы, то она помогает обеспечить здоровье людям. При этом сеанс самого целителя стоил 150 рублей. Он не пользуется рекламой и полагает, что о его услугах люди узнают, наверное, от знакомых: *«Очень многие работники ТЦ “Дирижабль” побывали на моих консультациях, и посетители до сих пор идут по их рекомендациям».*

Пройдя через трагическое испытание, Игорь пересмотрел свои взгляды: *«После аварии у меня была депрессия. Способность помогать вернула меня к людям. Недостатка в общении я не испытываю, и, по сравнению с прошлой моей жизнью, чувствую себя великолепно. Чтобы расслабиться, постоянно медитирую, общаюсь с существами из высших миров. Они меня знакомят с их жизнью, учат. Именно в процессе медитации я познал огромную любовь вселенной ко мне. Я понял, что именно в любви заключается смысл жизни живого существа во всей Вселенной. Если человек испытывает чувство любви, он не заболевает смертельной болезнью, он всегда будет счастлив, он будет чувствовать, насколько прекрасна жизнь и как велик Создатель, позволивший переживать это прекрасное чувство человеку».*

Татьяна, четвертая целительница, раньше работала бухгалтером, затем прошла курсы массажа и экстрасенсов. По ее словам, сменив род занятий, она полностью изменила отношение к себе и людям: *«Всегда чувствовала расположение к этому. Моя бабушка передала мне знания, как лечить, и я стала лечить. <...> Я занимаюсь мануальной терапией, вправляю позвонки, которые я насквозь “вижу”. Мне не нужно видеть чакры, я уже вижу сами органы. Но чтобы начать лечение, мы проводим “Рофес-диагностику”. У нас существует два типа диагностики: 1) диагностика общего состояния; 2) диагностика позвоночника*

(каждого позвонка). С помощью компьютера и специального прибора мы исследуем по точкам на руке состояние внутренних органов и позвоночник. Затем выделяем симптомы болезней из списка, заложенного в программе, и назначаем лечение: или рекомендуем врача-специалиста; или предоставляем возможность пролечиться пищевыми добавками, которые мы предоставляем; или предлагаем воспользоваться услугами лечения нашими методами. Обязательным условием нашего лечения является прохождение обряда крещения и рентген позвоночника у детей).

Вместе со своей ассистенткой целительница *«строит астрологические карты, снимает вековые проклятья, помогает наладить семейную жизнь».*

Она декларирует: *«Я верю в Бога и предпочитаю, чтобы мои пациенты были крещеными, тогда воздействие будет более эффективным».* С ее точки зрения, *«российская медицина оставляет желать лучшего. Если бы они чаще пользовались нашей системой диагностики болезней "Рофес", то можно было бы качественней лечить пациентов».*

Татьяна объясняет отсутствие посетителей в офисе: *«Так как мы недавно открылись, пока развешиваем объявления на подъездах».* Возможно, это обусловлено и стоимостью услуг: *«Диагностика общего состояния и позвоночника стоит 290 руб., в отдельности — 180 рублей. Консультации по кармическим заболеваниям, составление астрологических карт стоят 500 рублей. Лечение позвоночника — 3600 рублей. Лечение ожирения — 3600 рублей. Снятие кармических проблем — 3600 руб.»*

Нужно отметить, что Татьяна в начале беседы была позитивно настроена, но затем стала давать сжатые ответы. Причиной тому послужило ее предложение провести диагностику интервьюеру. Положительный ответ ее не удовлетворил, она настоятельно рекомендовала консультацию и курс лечения. Отказ от этих услуг вызвал ее негодование.

Опрос целителей показал, что их деятельность востребована определенной частью общества и перечень предлагаемых ими

услуг КАМ достаточно широк. Культурный капитал информантов включает в качестве обязательных/желательных элементов:

- а) лояльное отношение к религии;
- б) декларации об обращении к ним за помощью «сторонников» официальной медицины;
- в) нежелание контактировать с представителями доказательной медицины в плане изучения возможностей КАМ;
- г) игнорирование мнений скептиков и критиков методов КАМ.

Вместе с тем следует отметить отсутствие у них специального медицинского образования.

Отметим, что наличие разрешения на занятие народной медициной имеет существенное значение для обратившихся за помощью — легитимность деятельности повышает уровень доверия (прил. 2).

Закономерно, что на практике целители, как правило, чаще всего занимаются не столько лечением, сколько диагностикой и формированием у пациентов состояния уравновешенности и душевного покоя. В арсенал целителей, помимо традиционных средств, включены гадания, предсказания судьбы и т. п.

Информанты не имеют учеников, но общаются между собой, более того, они и их коллеги объединены в общественную организацию «Профессиональная медицинская ассоциация народных целителей Урала», зарегистрированную Управлением юстиции Свердловской области в 1998 г.⁹¹ Именно она и другие подобные объединения выдают необходимые представления в региональное Министерство здравоохранения для получения разрешений на занятие народной медициной.

Обратимся к сведениям о руководителях организаций народных целителей.

А. А. Трубицин — «выпускник Свердловского государственного медицинского института, президент Профессиональной

⁹¹ Академия традиционной народной медицины [Электронный ресурс]. URL: <http://atramed.ru/pmancr/ustav/> (дата обращения: 11.08.2016).

медицинской ассоциации народных целителей России, президент Академии эниоинженеров России; профессор, доктор энергоинформационных наук и психоэнергоинформациологии, кандидат медицинских наук, врач — организатор здравоохранения высшей категории, физиотерапевт, диетолог, проскопист, эниоинженер-кибернетик; контактер с Энергией Жизни Космоса. Диссертационные работы: “Влияние различных количеств белка в питании разного качественного состава на характер тиреоидного гормона-поэза” (канд. наук, 1977), “Энергоинформационная экспресс-диагностика и коррекция состояния человека, социума на расстоянии” (д-р наук, 2000), “Народная медицина на современном этапе земной цивилизации” (д-р наук, 2008). Академик российских и международных академий наук, член Международного Регистра комплементарной медицины, Общественной Академии национальной безопасности, Космогуманистической Лиги Наций, Организации “Элита специалистов традиционной народной медицины и целительства”, Профессиональной психотерапевтической Лиги, президент Российского межрегионального отделения Международной академии проскопических наук им. М. Нострадамуса, председатель Федеральной службы контроля ЭНИБ России⁹².

М. А. Курбанов: «Я экстрасенс⁹³, биоэнергет, целитель, профессор народной медицины, магистр народной медицины Востока, вице-президент Международной Профессиональной медицинской Ассоциации специалистов комплементарной и народной медицины психологов и целителей Урала и Сибири, парапсихолог, доктор педагогических наук, доктор философии, полномочный представитель Международного союза “Красный Крест” по Уральскому Федеральному округу, открыл свою школу “Единый мир” в Екатеринбурге, являюсь автором 4 книг: “Человек”, “Я — Вселенная”, “Ключ к мировоззрению”, “БЕЛЫЙ, ОГНЯННЫЙ, ГОЛУБОЙ ‘БОГ’ ”, принял участие в более 100 ТВ-программах по вопросам целительства и здоровья, и сейчас являюсь постоянным

⁹² Трубицин Анатолий Александрович [Электронный ресурс]. URL: <http://www.famous-scientists.ru/10034> (дата обращения: 11.08.2016).

⁹³ Орфография оригинала сохранена.

гостем на международных форумах и съездах целителей и биоэнерготерапевтов России. Со своими докладами и выступлениями был в Германии, Франции, Египте, Казахстане, на Украине и в Белоруссии»⁹⁴.

Знакомство с реестрами званий и заслуг этих руководителей показало, что они стремятся повысить свой социальный статус путем демонстрирования различных «научных степеней» и «ученых званий», выдаваемых общественными организациями соответствующего профиля, но не признанных в установленном государством порядке. Безусловно, эти регалии могут вводить в заблуждение малообразованных пациентов и целителей. Вместе с тем для тех, кто знает настоящую цену подобным «дипломам», они служат доказательством псевдоучености, непрофессионализма и корыстолюбия их владельцев.

На примере функционирования специализированных «союзов целителей» мы видим, насколько трудно и противоречиво протекает процесс развития гражданского общества в России. Ассоциации практиков народной медицины, выдавая дипломы докторов несуществующих наук и другие «грамоты», дискредитируют дело, ради которого они созданы, и идею общественной активности и самоорганизации.

Отметим, что Комиссия РАН по борьбе с лженаукой ставит своей целью защитить граждан от навязывания им лженаучных услуг и товаров, прежде всего псевдомедицинского назначения⁹⁵. Но именно государство обязано осуществлять систематический контроль над деятельностью целителей, обеспечивая защиту здоровья своих граждан⁹⁶.

Таким образом, включение КАМ в систему медицинского обслуживания населения является общемировым трендом.

⁹⁴ Марат Ахнафович Курбанов [Электронный ресурс]. URL: <http://magi66.ru/product/item/marat-ahnafovich-kurbanov-18> (дата обращения: 11.08.2016).

⁹⁵ Феномен лженауки в современном обществе и меры по противодействию лженаучным проявлениям [Электронный ресурс]. URL: <http://klnran.ru/2014/06/sovbez/> (дата обращения: 11.08.2016).

⁹⁶ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016).

Практики КАМ свидетельствуют о жизнеспособности национальных традиций, играют существенную роль в оказании первичной медицинской помощи, достаточно доступны для малоимущих граждан, способствуют саморазвитию личности. В то же время применение практик КАМ требует решения насущных вопросов: повышения уровня медицинских знаний и культуры самосохранительного поведения членов общества, совместимости КАМ с опытом официальной медицины, совершенствования правового регулирования и контроля над деятельностью целителей и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Система медицинского обслуживания в современном российском обществе направлена на реализацию населением конституционных гарантий в области получения доступных и качественных медицинских услуг, на формирование «защитного поля», выравнивание стартовых возможностей, что способствует снижению социальной напряженности и конфликтности в социуме.

В условиях рынка медицинское обслуживание претерпевает значительные трансформации, связанные с реструктуризацией всей системы здравоохранения. Введение страховых принципов и формирование института ОМС сохранило часть тех позитивных наработок, которые были характерны для советской системы. Вместе с тем появились и новые проблемные точки, которые требуют осмысления и конкретных инициатив в их разрешении.

Система медицинского обслуживания на селе давно нуждается в модернизации. Старение кадров, значительные нагрузки на медицинский персонал, отсутствие нового оборудования — это далеко не весь перечень проблем, которые характеризуют ситуацию на селе. Сельская «глубинка» продолжает жить по своим традициям, корни которых уходят в советское прошлое.

Медицинские услуги в системе социального обслуживания населения выступают неотъемлемой ее частью и закреплены в нормативно-правовой базе. Однако в условиях рынка спрос на такие услуги повышается и ими могут воспользоваться не только клиенты, находящиеся в трудной жизненной ситуации, но и представители иных социальных групп и слоев.

Активное развитие в последнее десятилетие комплементарного и альтернативного медицинского обслуживания также требует глубинного понимания и осмысления. Эта область становится

весьма привлекательной для тех индивидов и групп, которые стремятся получить максимальную прибыль от нуждающихся в медицинской помощи слоев населения, потерявших веру в традиционную медицину. Однако нельзя определять группы, задействованные в этой сфере, исключительно как мошенников, есть и позитивные эффекты от обращения к этой системе населения.

В целом следует признать, что социологический анализ системы медицинского обслуживания, определение проблем и противоречий в ней имеют значительные перспективы для будущих исследовательских практик, имеющих как теоретическую, так и практическую ценность. Думается, что специалисты обратят свое внимание на эту предметную область и обогатят социологическую науку новыми проектами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Андреевская Е. С.* Этапы становления обязательного медицинского страхования в России / Е. С. Андреевская // Учен. зап. Петрозавод. гос. ун-та. — 2009. — № 8. — С. 11–12.
- Андрущак Г. В.* Квазирынки в экономике общественного сектора / Г. В. Андрущак // Вопр. образования. — 2004. — № 4. — С. 346–365.
- Антонова Н. Л.* Неформальная оплата медицинских услуг: социологическое осмысление / Н. Л. Антонова // Изв. Урал. гос. ун-та. — 2008. — № 57. — С. 64–71.
- Антонова Н. Л.* Потребности семьи в социальных услугах / Н. Л. Антонова // Вестн. Южно-Урал. гос. ун-та. — 2006. — № 2 (57). — С. 177–180 (Сер. Социально-гуманитарные науки).
- Астафьев Л. М.* Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи / Л. М. Астафьев // Социс. — 2005. — № 6. — С. 136–140.
- Бартко А. Н.* Биомедицинская этика: Теория, принципы и проблемы. Ч. 2 : Принципы и основные проблемы биомедицинской этики / А. Н. Бартко, Е. П. Михаловска-Карлова. — М. : ММСИ, 1999. — 238 с.
- Бондаренко Л. В.* Сельская Россия в XXI веке (социальный аспект) / Л. В. Бондаренко // Социол. журн. — 2005. — № 4. — С. 69–77 [Электронный ресурс]. — URL: <http://ecsocman.hse.ru/data/385/330/1217/007.BONDARENKO.pdf> (дата обращения: 25.09.2013).
- Быковская Л. И.* Подходы к оценке качества социальных услуг учреждений социального обслуживания населения : монография / Л. И. Быковская, И. А. Козырева, Т. В. Изъюрова. — Сыктывкар : Изд-во СыктГУ, 2007. — 119 с.
- Василенко А. М.* Комплементарная медицина: вопросы терминологии и классификации / А. М. Василенко. [Электронный ресурс]. — URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/komplementarnaya-meditsina-voprosy-terminologii-i-klassifikatsii> (дата обращения: 11.08.2016).

- Введение в биоэтику / под ред. Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко. — М. : Прогресс-Традиция, 1998. — 384 с.
- Винничук Л. Люди, нравы и обычаи Древней Греции и Рима / Л. Винничук ; пер. с пол. В. К. Ронина. — М. : Высш. шк., 1988. — 496 с. : ил.
- Волкова О. А. Целители как специфическая социальная группа / [Электронный ресурс] / О. А. Волкова. — URL: http://ecsocman.hse.ru/data/517/634/1219/Volkova_12.pdf (дата обращения: 11.08.2016).
- Воробьев А. А. Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач — пациент / А. А. Воробьев, В. В. Деларю, А. В. Куцепалов // Социология медицины. — 2004. — № 1. — С. 39–45.
- Гурижева М. И. Роль нетрадиционных методов лечения в современном обществе [Электронный ресурс] / М. И. Гурижева, Х. М. Ханикова, Е. В. Ермолаева. — URL: <http://medconfer.com/node/5604> (дата обращения: 11.08.2016).
- Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность / рук. авт. кол. Л. Н. Овчарова. — М. : ГУ ВШЭ, 2005. — 348 с.
- Ефименко С. А. Социальный портрет медицинских работников участковой терапевтической службы / С. А. Ефименко // Социология медицины. — 2004. — № 1. — С. 15–18.
- Журавлева И. В. Здоровье подростков : социол. анализ / И. В. Журавлева. — М. : Ин-т социологии РАН, 2002. — 240 с.
- Заборовская А. Трансформация гарантий получения образования и медицинской помощи в странах с переходной экономикой / А. Заборовская, С. Шишкин // Общество и экономика. — 2005. — № 1. — С. 168–192.
- Здравоохранение в России : стат. сб. / Госкомстат России. — М., 2015. — 174 с.
- Зелинский Ф. Ф. История античной культуры / Ф. Ф. Зелинский ; ред. и примеч. С. П. Заикина. — 2-е изд. — СПб. : Марс, 1995. — 380 с. : ил.
- Зильбер А. П. Этюды медицинского права и этики / А. П. Зильбер. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 848 с.
- Калетинская А. В. Екатеринбургские целители: штрихи к портрету / А. В. Калетинская, И. Е. Левченко // Уральская семья : сб. науч. тр. — Екатеринбург : Урал. ин-т соц. образования, 2008. — Вып. 3. — С. 120–133.
- Карпунина А. В. Надомное социально-медицинское обслуживание пожилых и инвалидов: к вопросу об удовлетворенности клиентов / А. В. Карпунина, Т. А. Локтева // Отеч. журн. социал. работы. — 2015. — № 2. — С. 154–159.

- Комаров Ю. М.* Добровольное медицинское страхование за рубежом: уроки для России / Ю. М. Комаров // viperson.ru : рейтинг персонала, страниц электрон. библиотек : [портал] [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.viperson.ru/wind.php?ID=434506> (дата обращения: 23.05.2016).
- Лаун Б.* Утерянное искусство врачевания / Б. Лаун. — М. : Крон-Пресс, 1998. — 272 с.
- Леви-Строс К.* Структурная антропология / К. Леви-Строс ; пер. с фр. под ред. и с примеч. В. В. Иванова. — М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. — 512 с. : ил. (Сер. Психология без границ).
- Левченко И. Е.* Феномен социальной смерти / И. Е. Левченко // Социс. — 2001. — № 6. — С. 22–31.
- Лисицын Ю. П.* Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын. — М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 520 с.
- Малиновский Б.* Магия, наука и религия / Б. Малиновский // Магический кристалл: Магия глазами ученых и чародеев. — М. : Республика, 1992. — С. 84–110.
- Меренков А. В.* Ориентации на самостоятельную деятельность по сохранению здоровья у различных групп населения / А. В. Меренков // Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы : тез. докл. и выступлений на II Всерос. социол. конгрессе : в 3 т. — М. : Альфа-М, 2003. — Т. 3. — С. 41.
- Миронов А. А.* Медицинское страхование / А. А. Миронов, А. М. Таранов, А. А. Чейда. — М. : Наука, 1994. — 312 с.
- Мирский М. Б.* Медицина России X–XX веков : очерки истории / М. Б. Мирский. — М. : Рос. полит. энцикл. (РОССПЭН), 2005. — 632 с.
- Морэ А.* Нил и египетская цивилизация = The Nile and Egyptian civilization / А. Морэ ; [пер. с англ. Т. Е. Любовской]. — М. : Центрполиграф, 2007. — 478, [1] с., [12] л. ил. : ил., табл. (Загадки Древнего Египта).
- Назарова И. Б.* Здоровье и качество жизни жителей России / И. Б. Назарова // Социс. — 2014. — № 9. — С. 139–145.
- Панова Л. В.* Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи / Л. В. Панова, Н. Л. Русинова // Социс. — 2005. — № 6. — С. 127–136.
- Петрова А. С.* Медицина традиционная и нетрадиционная / А. С. Петрова [Электронный ресурс]. URL: http://bd.fom.ru/report/map/finfo/finfo2002/453_9152/of022701 (дата обращения: 11.08.2016).

- Решетников А. В.* Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи / А. В. Решетников, Л. М. Астафьев // Социология медицины. — 2005. — № 1. — С. 32–38.
- Романычев И. С.* Потребление услуг в системе социального обслуживания лиц пожилого возраста / И. С. Романычев : автореф. дис. ... канд. социол. наук. — М., 2006 [Электронный ресурс]. URL: http://rgsu.net/netcat_files/794/1044/h_90637c24a9ea84b80a471864dcf2f42e (дата обращения: 02.06.2016).
- Российский статистический ежегодник, 2015 : стат. сб. / Росстат. — М., 2015. — 727 с.
- Российское здравоохранение: как выйти из кризиса : докл. на VII Междунар. науч. конф. «Модернизация экономики и государство» / А. Г. Вишневский, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский и др. — М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2006. — 35 с.
- Русский народ. Его обычаи, обряды, предания, суеверия и поэзия / собр. М. Забылиным. — Репр. воспр. изд. 1880 г. — Симферополь : [Таврида], 1992. — 607, VIII с.
- Светличная Т. Г.* Пациенты о качестве стационарного обслуживания / Т. Г. Светличная, О. А. Цыганова, Е. Л. Борчанинова // Социс. — 2010. — № 7. — С. 69–75.
- Социальная политика : энциклопед. словарь / под ред. Н. А. Волгина. — М. : Акад. проект ; Трикта, 2005. — 688 с.
- Социальная энциклопедия / редкол.: А. П. Горкин и др. — М. : Большая Российская энциклопедия, 2000. — 438 с.
- Судьин С. А.* Модели терапевтических отношений в социологических парадигмах / С. А. Судьин // Вестн. Нижегород. ун-та им. Н. И. Лобачевского. — 2006. — Вып. 1 (5). С. 366–371 (Сер. Социальные науки).
- Тимошина Е. Н.* Социологическая квалиметрия социального обслуживания населения: сущность, основные подходы и принципы измерения / Е. Н. Тимошина // Социал. политика и социология. — 2011. — № 2. — С. 63–88.
- Тогунов И. А.* Десять событий, которые потрясли систему ОМС / И. А. Тогунов // Главврач. — 2003. — № 8. — С. 14–17.
- Токарев С. А.* Ранние формы религии / С. А. Токарев ; сост. И. В. Тарасова ; ред. В. П. Алексеев. — М. : Политиздат, 1990. — 622 с. : ил. (Б-ка атеист. лит.).
- Традиционная медицина: политика и практика профессионализации / под ред. Е. Р. Ярской-Смирновой. — М. : ООО «Вариант» ; ЦСПГИ, 2011. — 212 с.

- Фрэзер Дж. Дж.* Золотая ветвь = The golden bough / Дж. Дж. Фрэзер ; ред., послесл. и коммент. С. А. Токарева ; пер. с англ. М. К. Рыклина. — 2-е изд. — М. : Политиздат, 1984. — 703 с. (Б-ка атеист. лит.).
- Фуко М.* Рождение клиники / М. Фуко [Электронный ресурс]. URL: http://royallib.com/book/fuko_mishel/rogdenie_kliniki.html (дата обращения: 11.08.2016).
- Холостова Е. И.* К вопросу о выявлении места социальной работы в структуре социальных отношений / Е. И. Холостова // Социальные процессы и социальные отношения в современной России : тез. выступлений (IV Междунар. социал. конгресс) : в 2 т. / под ред. Г. И. Осадчей. — М. : Изд-во РГСУ, 2004. — Т. 1. — С. 101–103.
- Черносвитов Е. В.* Социальная медицина : курс лекций / Е. В. Черносвитов. — М. : Юнити-Дана, 2002. — 255 с.
- Шерер И. Н.* Социальный статус альтернативной медицины в современной России: на материале Волгоград. обл. : автореф. дис. ... канд. социол. наук. : спец. 14.00.52 / И. Н. Шерер ; [Волгоград. гос. мед. ун-т]. — М. , 2004. — 24 с.
- Шейман М. М.* Конкурентная модель обязательного медицинского страхования: опыт Нидерландов и его значение для России / М. М. Шейман // Экономика здравоохранения. — 2006. — № 3–4. — С. 7–15.
- Шилова Л. С.* Стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения / Л. С. Шилова // Социс. — 2007. — № 9. — С. 102–109.
- Шишкин С. В.* Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / С. В. Шишкин, Г. Е. Бесстремянная, М. Д. Красильникова, Л. Н. Овчарова, В. А. Чернец, А. Е. Чирикова, Л. С. Шилова. — М. : Независимый ин-т социальной политики, 2004. — 196 с.
- Элкин А. П.* Австралийские аборигены / А. П. Элкин // Магический кристалл: Магия глазами ученых и чародеев. — М. : Республика, 1992. — С. 128–178.
- Эрхард Л.* Благосостояние для всех : [пер. с нем.] / Л. Эрхард ; вступ. ст. Б. Б. Багаряцкого, В. Г. Гребенникова ; Акад. нар. хоз-ва при Правительстве РФ. — Репр. — М. : Дело, 2001. — 336 с. : ил.
- Юрьев В. К.* Общественное здоровье и здравоохранение / В. К. Юрьев, Г. И. Куценко. — СПб. : Петрополис, 2000. — 912 с.
- Ярская-Смирнова Е. Р.* «Мы — часть природы...». Социальная идентификация народных целителей / Е. Р. Ярская-Смирнова, О. Григорьева // Журн. социологии и социал. антропологии. — 2006. — Т. 9, № 1 (34). — С. 151–170.
- Coulter I. D.* The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective / I. D. Coulter, E. M. Willis [Элек-

- тронный ресурс]. — URL: https://www.mja.com.au/system/files/issues/180_11_070604/cou10061_fm.pdf (дата обращения: 11.08.2016).
- Easthope G.* Alternative medicine / G. Easthope [Электронный ресурс]. URL: http://lib.oup.com.au/he/health/germov5e/ch17_3.pdf (дата обращения: 11.08.2016).
- Gale N.* The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative medicine / N. Gale // Social Compass. — 2014. — Jun. 8 (6). — P. 805–822 [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4146620/> (дата обращения: 11.08.2016).
- Nissen N.* Challenging perspectives: women, complementary and alternative medicine, and social change / N. Nissen [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.interfacejournal.net/wordpress/wp-content/uploads/2011/12/Interface-3-2-Nissen.pdf> (дата обращения: 11.08.2016).
- Renaldi A.* Traditional medicine for modern times: Facts and figures / A. Renaldi, P. Shetty [Электронный ресурс]. URL: <http://www.scidev.net/global/medicine/feature/traditional-medicine-modern-times-facts-figures.html> (дата обращения: 11.08.2016).
- Stratton T. D.* Toward a Sociological Understanding of Complementary and Alternative Medicine Use / T. D. Stratton, J. L. McGivern-Snofsky // The J. of Alternative and Complementary Medicine. — 2008. — Vol. 14, Nr. 6. — P. 777–783.
- The Encyclopedia of Complementary and Alternative Medicine / T. Navarra. — N. Y. : Facts On File, Inc., 2004. — 302 p. [Электронный ресурс]. — URL: http://www.e-reading.by/bookreader.php/136376/The_Encyclopedia_of_Complementary_and_Alternative_Medicine.pdf (дата обращения: 11.08.2016).
- Tovey Ph.* Use of Traditional Medicine and Globalized Complementary and Alternative Medicine Among Low-Income Cancer Service Users in Brazil / Ph. Tovey, N. F. de Barros, E. L. Hoehne, J. B. C. Carneiro [Электронный ресурс]. URL: <http://ict.sagepub.com/content/5/3/232.full.pdf+html> (дата обращения: 11.08.2016).
- Traditional medicine [Электронный ресурс]. — URL: http://www.allcountries.org/health/traditional_medicine.html (дата обращения: 11.08.2016).
- Wachtel-Galor S.* Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects / S. Wachtel-Galor, I. F. F. Benzie [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92773/> (дата обращения: 11.08.2016).

**Федеральный закон
«Об основах охраны здоровья граждан
в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
(действующая редакция) (Извлечение¹)**

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

<...> 1) здоровье — состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

<...> 3) медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

4) медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

<...> 6) профилактика — комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

7) диагностика — комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий;

¹ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (действующая редакция) [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 11.08.2016).

8) лечение — комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;

9) пациент — физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

10) медицинская деятельность — профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях;

<...> 13) медицинский работник — физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность;

<...> 16) заболевание — возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

<...> 21) качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

**РОССИЙСКАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ТРАДИЦИОННОЙ И НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ
(Российская Ассоциация Народной Медицины)¹**

<...> Ассоциация вправе проводить (общественную) профессиональную аккредитацию субъектов профессиональной деятельности — центров, институтов, салонов, кабинетов и т. п., зарегистрированных в качестве юридических лиц (или индивидуальных предпринимателей).

Ассоциация вправе проводить (общественную) профессиональную аккредитацию субъектов профессиональной деятельности — специалистов традиционной медицины и целителей, имеющих профильную подготовку, признанную РАНМ профессиональной (вне зависимости от формы регистрации трудовой деятельности).

Основание: Гражданский кодекс РФ, Устав РАНМ.

Проведение профессиональной Аккредитации субъектов профессиональной деятельности поддерживается Федеральным органом управления здравоохранением, в частности, подобное было предусмотрено Приказом Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи».

Полномочия Ассоциации по профессиональной Аккредитации утверждены Министерством юстиции Российской Федерации.

Аккредитация субъекта профессиональной деятельности подтверждает его профессиональную и деловую репутацию в соответствии с нормами Гражданского кодекса РФ или соответствие оказываемых им услуг требованиям к качеству, установленным общероссийским профессиональным сообществом специалистов по профилю деятельности, поскольку со стороны государства такие требования не установлены.

Цель Аккредитации — повышение качества услуг.

¹ Российская профессиональная медицинская ассоциация специалистов традиционной и народной медицины (Российская Ассоциация Народной Медицины) [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ranm.org/accreditation/index.phtml> (дата обращения: 11.08.2016).

Успешно прошедшим Аккредитацию юридическим лицам (и предпринимателям) выдается Сертификат Аккредитации субъекта профессиональной деятельности.

Успешно прошедшим Аккредитацию специалистам и целителям выдается Сертификат Аккредитации специалиста традиционной медицины или Сертификат Аккредитации профессионального целителя.

Сертификат Аккредитации следует предоставлять при трудоустройстве, установлении контактов с научными организациями, при проверках со стороны прокуратуры, МВД РФ, Роспотребнадзора, Федеральной антимонопольной службы и может использоваться при размещении рекламных публикаций. <...>

Научное издание

Антонова Наталья Леонидовна
Левченко Илья Евгеньевич
Клейменов Михаил Вячеславович

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ
АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ

Монография

Электронное издание

Редактор *В. И. Попова*
Корректор *В. И. Попова*
Компьютерная верстка *Н. Ю. Михайлов*

Подписано в печать 17.10.2016.
Формат 60 × 84 $\frac{1}{16}$, Гарнитура Times.
Уч.-изд. л. 5,0. 1,7 Мб.

Издательство Уральского университета
620000, Екатеринбург, ул. Тургенева, 4

Тел.: +7 (343) 358-93-22.
Факс: +7 (343) 358-93-06.
E-mail: press-urfu@mail.ru

Антонова Наталья Леонидовна

Доктор социологических наук, профессор кафедры прикладной социологии Уральского федерального университета имени первого Президента России Б. Н. Ельцина. Автор более 150 научных публикаций по проблемам социологии медицины, социологии здоровья, социологии образования, социологии семьи.

Левченко Илья Евгеньевич

Кандидат философских наук, доцент кафедры прикладной социологии Уральского федерального университета имени первого Президента России Б. Н. Ельцина. Автор более 110 научных публикаций по проблемам социологии смерти, социальной работы, социологии религии и цензуроведения.

Клейменов Михаил Вячеславович

Аспирант кафедры прикладной социологии Уральского федерального университета имени первого Президента России Б. Н. Ельцина. Автор более 20 научных публикаций по проблемам социологии медицины, социологии здоровья.